سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى

الأمراض الجسمية والنفسية والجسمية النفسية والأمراض العقلية

تأليف

الدكتور مختار حمزة

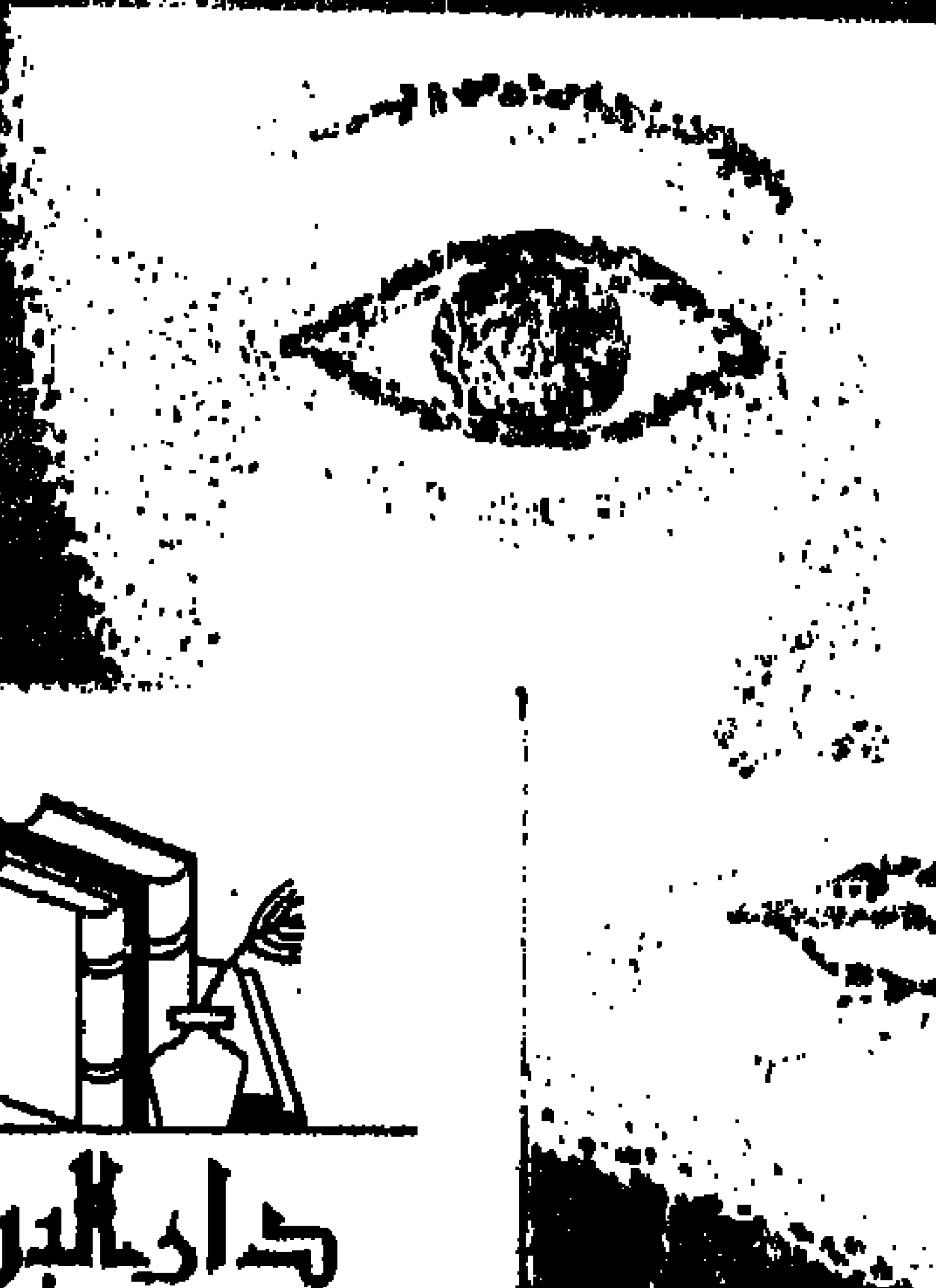
أستاذ علم النفس بكلية الآداب والعلوم الإنسانية

جامعة الملك عبد العزيز بجدة





الطبعة الرابعة







دار البيان العربي

شارع الستين قرب مبنى البرق والتلكس

ت - ٦٧١١١٧٢ - ص.ب - ٢٣٤٣ جدة

سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى

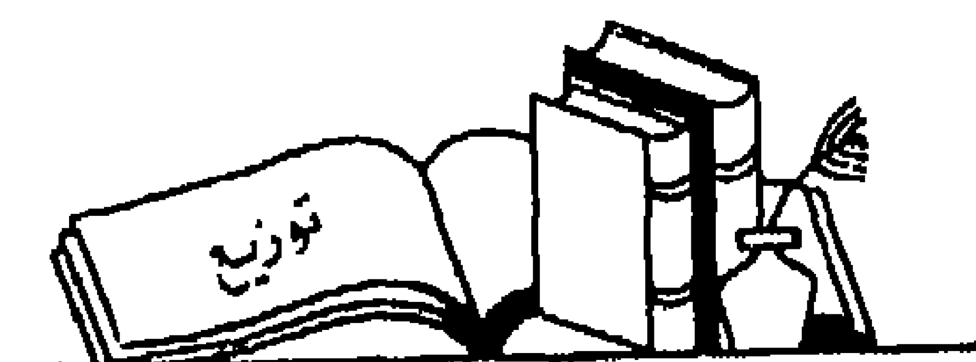
[illegible]

سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى

الأمراض الجسمية والنفسية والجسمية النفسية والأمراض العقلية

تأليف
الدكتور مختار حمزه
أستاذ علم النفس بكلية الآداب والعلوم الإنسانية
جامعة الملك عبد العزيز بجدة

الطبعة الرابعة



دار البيان العربي
شارع الستين قرب مبنى الرقي والتنمية
ت - ٦٧١١١١٢ - ص ب ٢٠٤٠٣

حزيران (يونيو) ١٩٧٩

﴿إِنَّ اللهَ لا يُغَيِّرُ مَا بِقَوم حَتّى يُغَيِّرُوا مَـا بِأَنْفُسِهِم﴾

(صدق الله العظيم)

فهـــرس

الفصل الثاني
الصحة النفسية ووسائل التكيف

الباب الثاني
سيكولوجية الجماعات الخاصة

الفصل الثالث
سيولوجية الأصم

الفصل الرابع
سيكولوجية ثقيل السمع

الفصل الخامس
سيكولوجية الأعمى

الفصل السادس
سيكولوجية ضعيف البصر

الفصل السابع
سيكولوجية المصاب بشلل الأطفال

الفصل الثامن
سيكولوجية المقعد

الفصل التاسع
سيكولوجية مشوه الوجه

الفصل العاشر
سيكولوجية المريض بالسل

الفصل الحادي عشر
سيكولوجية ثقيل الكلام

الفصل الثاني عشر
أنواع أخرى من الإصابات

الفصل الثالث عشر
سيكولوجية ضعاف العقول

الباب الثالث
سيكولوجية الأمراض النفسية والعقلية
الفصل الرابع عشر
سيكولوجية مرضى العصاب

الفصل الخامس عشر
سيكولوجية مرض الذهان

الباب الرابع
الاختبارات والتوجيه المهني لذوي العاهات
الفصل السادس عشر
(أ) تحليل الفرد مبادئ وتقييم الطرق المتبعة

الفصل السابع عشر
تحليل الفرد (ب) الاختبارات السيكولوجية
وغيرها من وسائل التوجيه المهني

الفصل الثامن عشر
التوجيه المهني لذوي العاهات

رقم الايداع ١٩٧٥/٥٣١٣

التقـــديم

بقلم الدكتور يوسف مراد

إن التطور الذي حققته الدراسات السيكولوجية بعد الحرب العالمية الأولى في المجال التطبيقي لا يقل شأناً عنه في المجال النظري. فبينما نجد من جهة أن الدراسات النظرية تتجه نحو توحيد المذاهب التي كانت تتنازع علم النفس وإرجاع أسس تفسير السلوك إلى عدد أصغر فأصغر من المفاهيم العلمية وذلك بفضل سيطرة الروح التجريبية وتنظيم النتائج في ضوء المنهج التكاملي، نلاحظ من جهة أخرى اتساع الميادين التطبيقية وتنوعها.

تناول التطبيق في بادئ الأمر مجال التربية والتعليم، ثم انتقل الاهتمام من الأسوياء إلى ضعاف العقول واتسعت دلالة التربية بحيث شملت مشكلات الصحة النفسية ومشكلات التكيف الشخصي والاجتماعي بوجه عام. وامتدت عناية علماء النفس إلى مجال التكيف الاقتصادي فنشأت الوسائل الخاصة بالتوجيه المهني والاختبار المهني وما يرتبط بهما من مناهج التدريب والإعداد للمهن المختلفة. ولا بد أن نشير هنا إلى الأثر العظيم الذي أحدثته المحاولات التطبيقية في الدراسات التجريبية التي تناولت موضوعاً هاماً جداً من موضوعات علم النفس هو دراسة الفروق الفردية. إذ لم يلبث علماء النفس طويلاً حتى أدركوا ضرورة تصنيف الأفراد وفقاً لقدراتهم الخاصة حتى تقوم عمليات تعبئة الكفايات وزيادة الإنتاجية على أسس علمية سليمة.

وهناك فئة من الأفراد كانت تعيش على هامش المجتمع وتحيا حياة مضطربة في جو من الحرمان والإحباط، هي فئة ذوي العاهات الحسية والحركية ولم تفز هذه الفئة بعناية

علماء النفس إلا في السنوات الأخيرة ذلك وبفضل يقظة الوعي الاجتماعي وإرهاف الشعور بالتضامن بين أبناء مجتمع واحد.

وعندما أخذ السيكولوجي يدرس أثر العاهات الحركية والحسية في سلوك الشخص وجد أن تأثيرها يختلف باختلاف شخصية كل واحد من ذوي العاهات كما أنه وجد أن من أهم العوامل المؤثرة استجابة البيئة الاجتماعية وموقفها من صاحب العاهة وأن هذه الاستجابة الاجتماعية يفوق أثرها أثر العاهة نفسها في خلق الصراع النفسي وفي احتدام الشعور بالنقص والحرمان.

وأحد الأغراض الاساسية التي يرمي إلى تحقيقها السيكولوجي والمربي هو أن يجعل صاحب العاهة يقبل عاهته في حدودها الحقيقية لكي يتجنب الوقوع في المواقف المتطرفة مثل زيادة الاعتماد على الآخرين والاحتماء في موقف شبيه بموقف الطفل الضعيف؛ أو التذمر الدائم من عاهته وسيطرة الشعور بالعجز والنقص مما يؤدي إلى التشاؤم والقنوط؛ أو الاعتماد الزائد على النفس مما يؤدي إلى القيام بحركات مطبوعة بطابع التهور وعدم التبصر.

وعندما يعالج السيكولوجي أثر العاهة الجسمية في النمو العقلي يبحث كيف يؤدي النقص إلى طبع التفكير والشعور بطابع خاص قد يحول دون تحقيق التكيف الناجح مع البيئة. فمثلا وجد علماء النفس أن أحد الأخطار التي تهدد الضرير في تفكيره وتعبيره اللغوي هو افتقار تصويره للعالم الخارجي إلى الحقائق الواقعية المجسمة مما يجعل «اللفظية» تتغلب على أسلوبه اللغوي. فنجد مثلا الطفل الضرير يستعمل كلمات كثيرة دون أن يفهم معناها فهماً واضحاً جلياً نظراً لعجزه عن القيام بالإجراءات الحسية التي توضح المعنى، حيث إن الجانب المرئي من الأشياء، وخاصة طابعها التأليفي، لا يمكن أن يتحقق كاملا إلا بفضل تكامل المعطيات الحسية الصادرة عن الشكل والحجم واللون والوضع.

وجدير بالذكر أن صاحب العاهة بوجه عام والضرير بوجه خاص يميل إلى الانطواء على نفسه لنقص الاستثارات التي تصله من العالم الخارجي وعجزه عن الاستجابة المباشرة الصريحة المتواصلة، فنراه يعوض عن هذه الاستثارات الخارجية باستثارات ذاتية صادرة عن جسمه أو عن تخيلاته.

هذه الاعتبارات وغيرها ترسم الخطة للمربي لوضع منهج خاص لمساعدة صاحب العلة وتوجيه نموه من جميع النواحي الشخصية والاجتماعية والاقتصادية. فعلى المربي أن يوفر للضرير مثلا أكبر عدد ممكن من المواقف العملية التي تسمح له بأن يتحقق من معنى الألفاظ التي يستخدمها حتى يتغلب على «اللفظية» قدر المستطاع فيحقق الاتصال بينه

وبين مستمعيه بشكل واضح وبطريقة فعالة مجدية. وكذلك سيعنى المربي بمقاومة ميل صاحب العاهة إلى الانطواء على النفس والانزواء في عالم وهمي، فيشير على الأهل والرفقاء بضرورة تقبل صاحب العاهة والترحيب به وبذل الجهد في إدماجه قدر المستطاع في وسطه الاجتماعي.

* * *

هذه الحقائق القليلة التي ذكرتها قصدت بها إبراز أهمية الموضوع الذي تناوله صديقي وزميلي الدكتور مختار حمزة في هذا الكتاب الذي أفخر بأن أقدمه إلى قراء منشورات جماعة علم النفس التكاملي. وقارئ هذا الكتاب سيسير في قراءته بشغف متزايد وهو مطمئن كل الاطمئنان بأن مؤلفه يتكلم عن علم واسع وعن خبرة شخصية، خاصة، وأن موضوع سيكولوجية ذوي العاهات موضوع جديد لا في اللغة العربية فحسب، بل أيضاً في اللغات الأجنبية.

ونظرة إلى فهرس الكتاب كفيلة بأن تعطي القارئ فكرة سريعة عن غزارة المادة وتنوع وجهات النظر التي عالج المؤلف من خلالها مختلف العاهات الحركية والحسية واضطرابات النطق. ومما هو جدير بالذكر أنه ضمن كتابه القيم فصلا هاماً عن سيكولوجية المريض بالسل مشيراً بوضوح إلى العوامل النفسية التي تؤثر في شخصية المريض مما يجعلنا ندرك أن مرض السل هو أيضاً مشكلة اجتماعية خطيرة. هذا فضلا عن تناوله سيكولوجية المرضى بالقلب والسكر وزيادة الحساسية والصرع.

وأخيراً أود أن أنوه بصفة خاصة بباب هام من أبواب الكتاب هو الباب الثالث الذي يعالج موضوع الاختبارات السيكولوجية والتوجيه المهني لذوي العاهات. ولا شك في أن الدكتور مختار حمزة قد أسدى بكتابه هذا خدمة جليلة إلى المكتبة العربية وزود جميع المشتغلين في ميدان التأهيل المهني والاجتماعي بثروة علمية ثمينة ستعينهم في تأدية رسالتهم الإنسانية.

يوسف مراد

أستاذ علم النفس بجامعة القاهرة
عضو الهيئة الدولية لعلم النفس التطبيقي

القاهرة في ٣ يوليه سنة ١٩٥٦

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الأولى

أبرزت الإحصاءات الرسمية مشكلة كانت في حيز النسيان ، وهي مشكلة ذوي العاهات والتشوهات الذين بلغ عددهم ، في إحصاء عام ١٩٤٧ ، ٤٩٧ ٢٤٣ شخصاً ، هذا عدا المرضى بأمراض مزمنة وعدا الأشخاص الذين لم تصل إليهم الإحصاءات . ويشمل الجزء الأكبر من ذوي العاهات إصابات العمل وحوادث المواصلات . وقد انضم إلى هؤلاء نسبة كبيرة بعد ذلك من مشوهي الحرب ، وقد تعطل هؤلاء جميعاً عن أعمالهم وكسب عيشهم وقوت أولادهم .

وقد أثارت هذه المشكلة أولي الأمر من المهتمين بالشئون الاجتماعية وغيرهم من المشتغلين في الميدان الاجتماعي ، فأنشأت وزارة الشئون الاجتماعية إدارة للتأهيل المهني ، وبادرت هذه الإدارة بإنشاء مكتب للتأهيل عام ١٩٥١ ، وكان لي حظ الاشتراك في العمل مع فريق الفنيين بالمكتب منذ البداية ، وكان أعضاء الفريق هم : الطبيب والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وأخصائي الصناعات ومدير المكتب ومدير إدارة التأهيل ، وكان الجميع يشعرون بأنهم يعملون في ميدان جديد في مصر يحتاج إلى بذل مجهودات كبيرة حتى يمكن إعادة كل شخص ذى عاهة إلى الحياة معززاً مكرماً بعد اكتشاف جميع إمكانياته الجسمية والعقلية ، وتهيئته للاندماج في الحياة في سعادة وهناء ، ولم تكن المهمة عسيرة وشاقة فحسب ، بل كان الوعي الاجتماعي بالمشكلة ضعيفاً للغاية ، ويكاد أن يكون منعدماً ، مما أوجد أمام المشتغلين صعوبات إضافية تفوق تلك التي يقابلها أمثالهم في الخارج . وقد اتبع الفريق أسلوباً للعمل أساسه التعاون التام ، فكانوا يجتمعون بين كل حين وآخر لبحث الحالات الفردية قبل توجيهها نهائياً ، وكان يحضر بعض اجتماعاتهم كبار الأخصائيين المهتمين بالمشكلة ومن هؤلاء السيد الدكتور محمد كامل حسين

الأخصائي الأول في جراحة العظام في مصر، ومن أوائل المهتمين بالمشكلة وكان وقتئذ مديراً لجامعة عين شمس.

ومن الصعوبات التي لاقاها المكتب حينئذ أن أعماله والمشروعات التي كان يرى تنفيذها بالنسبة للعملاء كانت تتأخر كثيراً بسبب القيود الحكومية، فتقرر أن تشرف عليه هيئة أهلية، وحينئذ اتسعت دائرة العمل واكتملت الوحدة بإنشاء مؤسسة كاملة للتأهيل، تقبل بالقسم الداخلي فيها أطفالاً وشباناً ليتعلموا قدراً ملائماً من التعليم المدرسي والتدريب على بعض المهن المناسبة.

وكانت الصعوبات التي تقابلني في العمل لا حصر لها، فلم أعد نفسي من قبل إعداداً كافياً لدراسة وبحث المشكلات السيكولوجية لذوي العاهات، فالمشكلة حديثة على الجميع سواء في مصر أم في الخارج، فأخذت على عاتقي أن أدرس الحالات التي تعرض لي دراسة وافية بقدر الإمكان، ولجأت إلى المؤلفات والمطبوعات الأجنبية في الموضوع، وساعدني كثيراً بعض الخبراء الأجانب الذين استدعتهم الحكومة المصرية. وأنتهز هذه المناسبة لأقدم شكري للدكتور هارلم والمستر ماك آدمز الخبيرين من هيئة الأمم المتحدة.

وبدأت في إعداد اختبارات سيكولوجية خاصة، كما سجلت بيانات وافية عن الحالات، وبدأت أكتب في الموضوع فظهر مقالي الأول في الكتاب السنوي لعلم النفس ١٩٥٤ عن «تأهيل العجزة وذوي العاهات».

واستمرت عملية الدراسة والبحث، وزادت عند تكليفي بالتعاون مع فريق آخر من الأساتذة في مختلف المواد الأخرى، لنعدّ مجموعة من عشرين من الأخصائيين الاجتماعيين لكي يصبحوا أخصائيين في التأهيل، وقد دربت هذه المجموعة على أساليب جمع البيانات وإجراء الاختبارات السيكولوجية وملء الاستفتاءات. وقد قام فريق منهم بدراسات مقارنة في النواحي المزاجية بين العاديين وذوي العاهات على أساس استمارة مطبوعة أعددتها لهم، وكانت البيانات التي حصلوا عليها في كثير من الأحيان ذات قيمة كبيرة في توضيح تفصيلات المشكلات الاجتماعية لذوي العاهات. وقد شعر هؤلاء الأخصائيون بشدة حاجتهم إلى القراءة فيما يعينهم على تأدية خدماتهم على أسس سيكولوجية سليمة، وكنت أشعر معهم بقوة هذه الحاجة الملحة.

ولما كانت المكتبة العربية خاوية في هذا الميدان، فقد اردت أن اقدم هذا المجهود المتواضع بين يدي الأطباء والأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والمدرسين وجميع المشتغلين بالشئون الاجتماعية ممن تهمهم هذه المشكلة، لعلهم يجدون فيه بعض النواحي التي

قد تساعد على خدمة هذا العدد الضخم من المرضى وذوي العاهات وهم قوة فائقة إذا أحسن استغلالها.

ويحتوي هذا الكتاب على ثلاثة أبواب رئيسية، فالباب الأول يعطي القارئ فكرة عن شخصية المرضى وذوي العاهات بصفة عامة، والعوامل النفسية الهامة التي تؤثر على تكيفهم وعلى سلوكهم العام. والباب الثاني يتكون من عدة فصول يتخصص كل منها في عاهة معينة أو مرض معين ويبحثه بشيء من التفصيل، فيتناول شخصية المصاب والعوامل التي تؤثر عليها، وتقدمه في التحصيل الدراسي وتكيفه المهني والاجتماعي. وقد تم اختيار تلك العاهات أو الأمراض الأكثر انتشاراً في المجتمع المصري والتي أمكن بحث حالة عدد مناسب من كل منها. وأما الباب الأخير فيبحث في موضوع التوجيه المهني في أربعة فصول: يبحث الأول منها في تحليل المهنة، ويبحث الثاني والثالث في تحليل الفرد، ويبحث الفصل الأخير في كيفية الاستفادة من البيانات والمعلومات السابق ذكرها في توجيه المرضى وذوي العاهات.

وواضح أن الأبواب الثلاثة في الكتاب، يمكن قراءة كل منها مستقلا عن الآخر حسب رغبة القارئ وما يبتغيه من وراء هذه القراءة.

وإني أشعر تماماً بقصور مادة هذا الكتاب عن المستوى الذي أبتغيه، وكان ذلك سبباً في تأخيره طوال هذه السنوات، ولكنه على أي حال الكتاب الأول من نوعه في هذا الميدان. ونأمل أن نتمكن من عمل بعض التحسينات في المستقبل إن شاء الله.

ولا يسعني في ختام هذه المقدمة إلا أن اقدم شكري لكل من شجعني وعاونني على إخراج هذا الكتاب، وأخص بالذكر أستاذنا الكبير الدكتور يوسف مراد أستاذ علم النفس بكلية الآداب بجامعة القاهرة، كما أشكر المسئولين في وزارة الشئون الاجتماعية وإدارة التأهيل المهني ومؤسسة التأهيل على المعاونات القيمة التي قدموها لي.

ولم يكن ميسوراً أن يتم هذا الكتاب لولا معونة أصدقائي الأطباء الذين تكرموا عليّ بذكر خبراتهم مع مرضاهم، فلهم جميعاً أصدق الشكر، واخص بالذكر أخي وصديقي الدكتور عثمان سرور أخصائي جراحة الأعصاب بالقصر العيني لمساعدته القيمة في تعريب كثير من الاصطلاحات الطبية التي قابلتها.

وأشكر الزميل الأستاذ حسن الحريري لتفضله بمراجعة الكتاب من الناحية اللغوية وتلاميذي وإخواني السادة مصطفى محمد زكي ومحمد حافظ وحمدي سيف النصر وجميع السادة الذين تعاونوا معي للعمل على إخراج هذا الكتاب إلى حيز التنفيذ في أول فرصة ممكنة.

القاهرة في أكتوبر ١٩٥٥.

مختار حمزة

مقدّمَة الطبعَة الثانيَة

ظهر هذا الكتاب عام ١٩٥٦ وكان الأول من نوعه ، وكنت آمل أن تظهر مؤلفات أخرى عديدة في هذا الموضوع ، وخاصة أن حركة التأليف في كتب علم النفس قد نشطت في السنوات الأخيرة بشكل ملحوظ ، ولكني وجدت أن معظمها يدور حول الموضوعات المألوفة والتي تتضمنها المناهج في المعاهد والجامعات ، وقليل منها يطرق موضوعات أخرى متخصصة ، ولم يكن من بينها شيء عن سيكولوجية المرضى أو ذوي العاهات.

وقد حدث هذا بالرغم من ازدياد المشكلة وتضخمها إذ بلغ عدد أصحاب العاهات حسب الإحصاء الرسمي في عام ١٩٦٠ مقدار ٢٥٦,١٩٩ شخصاً. هذا عدا المرضى الذين لم يتضمنهم الإحصاء والذين لا شك في أنهم يتزايدون بنسبة كبيرة.

ولقد اهتمت الدولة بمشكلة تأهيل ذوي العاهات فزاد عدد المراكز والمؤسسات زيادة كبيرة ، وإن كانت لا تزال قاصرة عن استيعاب أو تأهيل جميع الحالات التي تحتاج لخدمة هذه الفئات. وإن خدمة هؤلاء تحتاج من العاملين إلى الوقوف على حالاتهم النفسية بكل تفصيل.

ويبدو أن الاهتمام بمشكلة هؤلاء القوم بدأ يظهر أيضاً في مختلف البلاد العربية. وقد زرت الكثير منها ولمست خطورة المشكلة هناك وتحدثت مع المسئولين فيها عن تخطيط الخدمات في بلادهم وأثاروا معي الكثير من النقاط الهامة التي استفدت منها كثيراً.

والواقع أني استفدت أيضاً من تلاميذي بالجامعة ومختلف المعاهد التي قمت بالتدريس فيها وأخصها المعهد العالي للصحة العامة بجامعة الإسكندرية فقد أثار السادة الأطباء الذين أعطيتهم منهجاً خاصاً في «المستشفيات»، العديد من الملاحظات القيمة.

هؤلاء جميعاً والكثيرون من القراء الذين أعرفهم والذين لا أعرفهم، وزملائي الذين يقومون بتدريس هذه المادة في الجامعات قد استفدت منهم الكثير وحاولت جاهداً أن ينعكس هذا في هذه الطبعة فقمت بإجراء بعض التعديلات والإضافات التي أرجو أن تزيد من الفائدة المرجوة من هذا الكتاب.

والله ولي التوفيق.

يناير ١٩٦٤.

مختار حمزة

مقدّمة الطبعة الثالثة

لم تتضمن الطبعات السابقة شيئاً عن مرضى العقول ولا عن ضعاف العقول ، حقيقة أن عنوان الكتاب هو سيكولوجية المرضى ، ولهذا فإن زملائي واصدقائي وقرائي كانوا على حق حين طلبوا مني أن اكتب عن « مرضى العقول » لانهم « مرضى » ويمكن لحالات كثيرة أن تشفى بالرعاية والعلاج وأن توجه مهنياً إلى أعمالهم الأصلية أو إلى أعمال أخرى تكون أكثر ملاءمة لهم ، ولكني رفضت المبدأ ، اذ عودت قرائي على أن اكتب لهم عن خبرة عملية ، أي أكتب عن حالات مارست العمل فيها بنفسي كما حدث في الطبعات السابقة ، فجميع الحالات التي سبق لي ذكرها فحصت كلا منها في عدة جلسات ، فلقد بدأت العمل في التأهيل المهني منذ اليوم الأول لدخول فكرة « التأهيل » في مصر ، وكنت المسئول عن الجانب النفسي في مؤسسة التأهيل المهني بالقاهرة إلى أن عينت وكيلا لوزارة الشئون الاجتماعية في ٩ يناير ١٩٦٦ ، وحينئذ فقط توقفت عن العمل الفعلي في هذا المجال وتبقى الإشراف. أما عن موضوع « مرضى العقول » فقد قرأت عنه الكثير جداً وحاضرت فيه لطلابي في كلية الآداب بجامعة عين شمس وكلية التربية وكلية البنات والجامعة الأمريكية وطلبة الدراسات العليا بجامعة الأزهر ، ولكن كل هذا في نظري بعيد عن الخبرة العملية.

نأتي الآن للموضوع الآخر وهو « ضعاف العقول » وهنا نجد الموقف مختلفاً ، فلقد اكتسبت خبرات عديدة فيه منذ بدأ الاهتمام الحقيقي بهذه الفئة وأنشئت الهيئة العامة واللجنة العليا للمتخلفين عقلياً وتشرفت بعضويتها وكنت أحد أعضاء الهيئة التأسيسية لدار التربية الفكرية بالمطرية والتي تحولت إلى مركز يتبعه عدة فروع للعمل مع ضعاف العقول ولتنمية النواحي العلمية وتغذية النواحي العملية بها ثم إعادتها مرة أخرى للجانب العلمي وهكذا ...

وهكذا عشت هذه التجربة ابتداء من عام ١٩٦٦ وطلب مني الإشراف على أحد البحوث الكبرى التي تمت عن هذا الموضوع من خلال المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بإمبابة حيث شرفت في ذلك الحين بأني كنت مديراً لهذا المركز الذي تتوافر فيه كافة الإمكانيات العلمية. وتلك الحصيلة يسعدني أن أضيفها إلى هذه الطبعة في نهاية الكتاب.

ونسأل الله التوفيق.

جدة في: ٢٠ شوال ١٣٩٥. الموافق ٢٥ أكتوبر ١٩٧٥.

دكتور مختار حمزة

وكيل وزارة الشئون الاجتماعية بمصر والمعار أستاذاً لعلم النفس ورئيساً لمركز البحوث التربوية والنفسية بجامعة الملك عبد العزيز بالمملكة العربية السعودية.

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الرابعة

يتوجه الكثيرون من المرضى إلى عيادات الأطباء يشكون من آلام متعددة في المعدة أو الأمعاء أو من آلام في الصدر والبعض يشكو من اضطرابات في الجهاز البولي أو الجهاز التناسلي وتتنوع أشكال الشكاوى والاضطرابات ، وتزيد الحساسيات وأمراض الجلد بأنواعها وبعض أمراض العيون ، كما ظهرت «موضة» جديدة مرتبطة بأمراض القلب وضغط الدم وغيرها وغيرها . وبعد توقيع الكشف الطبي عليهم يسمعون من الأطباء أنهم سايمو البنية ، وبذلك تثور ثائرتهم لأنهم فعلا يتألمون . وفي بعض الحالات يسمعون من الأطباء أن حالاتهم لا بد وأن تكون نفسية . والواقع أن هذه الامراض «جسمية نفسية» أو كما يطلق عليها أمراض سيكوسوماتية .

ونظراً لانتشار هذه الأمراض في السنوات الأخيرة زيادة كبيرة لأسباب متعددة ، فهي أمراض المدنية والتطور السريع ، والمنافسة الشديدة بين الناس بعضهم وبعض في جميع نواحي الحياة ، في التجارة والصناعة ، وفي الحصول على منحة دراسية ، وفي الحصول على وظيفة ، وفي إتمام الصفقات وكسب السوق ، وفي غيرها وغيرها لكل هذا وجدنا لزاما علينا أن نضيف إلى كتابنا في هذه الطبعة جزءاً عن هذا الموضوع .

وقد أدى ذلك بالتالي إلى ضرورة توضيح الفروق بين هذه الامراض والأمراض النفسية . وعندما نتطرق إلى الأمراض النفسية نجد البعض يخلط بينها وبين الأمراض العقلية ، فكان لزاما علينا أن نوضح ذلك أيضاً في فصل مستقل .

تلك هي أهم الإضافات التي رأينا إضافتها إلى هذه الطبعة وفي ضوئها وجدنا أنه من الأنسب أن يتضح ذلك في عنوان الكتاب فقمنا بتعديله تعديلاً طفيفاً إلى : سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى (الأمراض الجسمية والنفسية والجسمية النفسية والأمراض العقلية) .

ويسرني في هذه المناسبة أن أتقدم بالشكر إلى زملائي أساتذة علم النفس في مختلف الجامعات بالدول العربية وأخص بالذكر زملائي في جامعة عين شمس وفي جامعة الملك عبد العزيز بشطريها في مكة وجدة وفي جامعة الكويت وجامعة قطر ، كما أشكر الزملاء والاصدقاء ممن نظموا واشتركوا في مؤتمرات المعوقين والتي عقدت في السنوات الأخيرة على كافة المستويات فمنها ما عقد في العام الماضي بالرياض خاصا بالمملكة العربية السعودية ومنها ما عقد على مستوى دول الخليج وعلى مستوى الخبراء وعلى مستوى الوزراء بالدول العربية ، وقد اتخذوا مادة هذا الكتاب أساساً للمناقشات العلمية مما دفعني دفعة قوية لسرعة إنجاز هذه الطبعة بعد أن نفدت جميع نسخ الكتاب من جميع الجهات.

ولم يكن هذا متيسراً دون الاهتمام الزائد من دار المجمع العلمي بجدة والذي ظل يطالبني بسرعة إنجاز الاضافات المطلوبة لهذه الطبعة لمقابلة الطلب المتزايد من الأخصائيين النفسيين والمدرسين والأطباء والأخصائيين الاجتماعيين وأخصائيي التأهيل المهني وخبراء الشئون الاجتماعية وغيرهم.

أرجو أن أكون قد وفقت بعض الشيء في خدمتهم جميعاً ليس فقط من الناحية العلمية بل أيضاً من الناحية العملية حتى يكون العلم في «خدمة المجتمع».

أسأل الله العلي القدير أن يوفقنا جميعاً إلى ما فيه الخير.

جدة في صفر ١٣٩٩
يناير ١٩٧٩.

دكتور مختار حمزة

البَابُ الأوّل

دَراسَة عَامّة لذَوي العَاهَات

الفصل الأول

تطوّر الشخصيّة ونموّها

مقدمة

حينما نستعمل لفظ الشخصية . فإننا نعني أثر مختلف تصرفات الفرد على نفسه وعلى من حوله ، أي أننا نفكر في كيفية ونوع تصرفات الفرد كوحدة وهذا يتبعه رد الفعل الخاص بنا نحو جميع تصرفات شخص ما.

بناء على ذلك يمكننا أن نقول إن الشخصية تتضمن نواحي النشاط الموحدة لمجموع عوامل القوة الموجودة في شخص ما ، وتشمل عوامل القوة هذه أفكار الشخص ومشاعره وعاداته وأهدافه واتجاهاته وميوله وقدراته المختلفة.

وليست الشخصية عبارة عن خلاصة مواد صادرة بطريقة سحرية عن الفرد ، بل إنها تمثل نواحي كائن يعيش في بيئة خاصة به ضمن مجموعة من الكائنات الاخرى ، ومن ثم فإن نظرية الشخصية التي لدينا ، تنتج بدرجة كبيرة من الاختلاط بالآخرين ؛ إذ إن الصورة التي نكونها عن أنفسنا تتوقف إلى حد كبير على الصورة التي نعتقد أن الآخرين قد كونوها عنا ، وعلى ذلك يكون الاتجاه هو ما يعتقده الآخرون فينا.

ويتوقف رد الفعل الفردي وسلوك الشخص على علاقته المتبادلة بينه وبين بيئته ، أو بعبارة أخرى إنها ترجمة للعلاقة والتعامل المتبادل بين شخصية الفرد المعقدة وبين بيئته المعقدة كذلك ، والفرد في بيئته يكون وحدة هامة وجزءاً مكملاً موحداً ولا يتجزأ من هذه البيئة.

وإن تطور الشخصية يستلزم تكيف الشخص مع بيئته ، وتبدأ في التكوين حينما يبدأ الطفل أولى مراحل تكيفه مع العالم الذي يولد فيه ، فمن أول وهلة عند الولادة حينما يبدأ

الطفل البكاء تكون هذه أول خطوة في مراحل تكيفه الطويلة مع بيئته، وعندئذ تكون تصرفات الطفل مشابهة إلى حد كبير لغيره من الأطفال، ولكن بعد أن ينمو تختلف تصرفاته عن غيره من الأطفال حسب طبيعة العوامل والمؤثرات التي يتجاوب معها، ومن هنا تكون شخصية الفرد مختلفة عن شخصية غيره من الأفراد.

محددات الشخصية

إن العوامل التي تحدد الشخصية يكمن بعضها في الفرد نفسه على حين يكمن بعضها الآخر في البيئة، فالعوامل الموروثة التي تنطوي عليها شخصية الفرد لها أثر محدد، ولا يظهر هذا الأثر إلا بحصول علاقات ومعاملات متبادلة بين الشخص وبين بيئته، وتشمل هذه العوامل الموروثة والتي تؤثر على طبيعة تكيفنا وبالتالي على شخصيتنا، الكفاءة الذهنية أو الفكرية والبناء الجسماني والمظهر العام وكذلك النواحي المزاجية. وينبغي أن نعلم أن كلا من هذه الصفات من التعقيد بمكان وأن التعبيرات المذكورة ليست إلا تعبيرات عامة ينطوي تحتها رؤوس مواضيع تفصيلية كثيرة، وعلى أية حال فإننا سنبحث أثر كل منها، والوظيفة الخفية التي تؤديها كعوامل مؤثرة على الشخصية.

الحالة الجسمية والمظهر العام:

إن الشخص الطويل وذا المظهر الحسن يجعل الناس يتصرفون نحوه بشكل مغاير لتصرفاتهم إذا كان قصيراً وليس ذا مظهر حسن، وذلك بصرف النظر عما يقول وعما يعمل. واتجاه الناس نحونا ونظرتهم إلينا بسبب مظهرنا الجسماني تؤثر كثيراً على مدى تكيفنا مع الناس الذين يعيشون في بيئتنا، فمثلاً إذا توقع الناس منا أن نقوم بدور القيادة بسبب مظهرنا الجسماني وقوتنا الجسمانية فغالباً ما نحاول تحقيق ذلك بدون وعي منا. ومن جهة أخرى يتوقع الناس من الشخص الصغير الجسم وضعيفه أن ينقاد لغيره، وأن يسير في ركابه إلا إذا انقلب – بغية تعويض ما لديه من نقص في هذه الناحية – إلى العدوان، وعلى أية حال فإن المظهر الجسماني يؤثر كثيراً على اتجاهات الشخص وعلى الكثير من تصرفاته.

الحالة المزاجية:

اعتقد الرومانيون الفسيولوجيون في العصور الوسطى أن التركيب الكيمياني لدم الإنسان يتضمن خليطاً من أربعة أنواع من المواد السائلة، فإذا كانت نسب خليط هذه المواد متناسبة ومتناسقة، يكون المزاج الطبيعي للشخص عادياً، أما إذا زادت نسبة أي من

هذه الأنواع عن غيرها ، فإن الشخص يصبح غير عادي كأن يكون حاد المزاج أو حامي الطبع ... إلخ.

واليوم وبالرغم من أننا نعتبر النظرية السابقة غير وافية وغير ذات أساس علمي إلا أننا ما زلنا نبحث عن أساس ومصدر فسيولوجي للمزاج الطبيعي. فيقرر بعض الأطباء أن ذلك يرجع إلى إنتاج الغدد في جسم الإنسان لأن إفرازات الغدد التي تصب الهرمونات في الدم مباشرة ، هي عامل في غاية الأهمية في التحكم في سلوك الشخص فالمعتقد أن الهرمونات تسيطر على وظائف الأعضاء الفسيولوجية وكذلك على تكوين مزاج الفرد وشدة انفعالاته. وإن المعلومات والبراهين التجريبية العلمية المتزايدة تؤيد النظرية التي تنادي بأن إفرازات الغدد تعمل على تعادل القوى الداخلية للفرد ، وبناء على ذلك فمن المهم أن تؤدي الغدد وظيفتها بطريقة منتظمة وصحيحة حتى يمكن تحقيق التوازن والتعادل في وظائف أعضاء الجسم المختلفة - ومع أنه ليس لدينا الدليل القاطع على ما تؤديه أو تسهم به كل غدة بالضبط في هذا المضمار. إلا أننا نعلم بشكل أكيد أن بعض التغيرات تطرأ على شخصية الفرد إذا طرأ خلل على أي من هذه الغدد أو على ما تؤديه من وظيفة في نمو العظام والعضلات كما يتأثر بذلك النضوج الجنسي. كما أن أي تباطؤ في نشاط الغدة الدرقية يؤثر بالتالي على نشاط الجسم عموماً وينتج بطئاً فيه ، فضلاً عن انقباض الشخص وركوده الذهني ، أما إذا زاد نشاط الغدة الدرقية ، فإن ذلك ينتج زيادة كبيرة في نشاط الشخص ويصبح في حركة دائمة وعدم استقرار ويسهل استثارته ، وإذا طرأ خلل على وظيفة الغدد الأربعة التي تجاور الغدة الدرقية ، وهي التي تنظم نسبة الكالسيوم الموجودة في الجسم ، فإن هذا الخلل يؤثر على عصبية الشخص وسرعة تهيجه وتأثره بشدة من النقد أو المعارضة. هذا فضلاً عن أن أي تغيرات تحصل في وظائف الغدد الجنسية تؤثر على التغيرات الجسمانية عند تكوين الجنين. وهذا بدوره يؤثر على تصرفات الشخص وتكيفه مع بيئته وكذلك على تصرفات الآخرين نحوه.

النواحي المعرفية :

(أ) الذكاء :

إن ذكاء الشخص أو قدرته الفطرية المعرفية العامة ذات أثر كبير في تطور شخصيته. فالشخص الذكي يستطيع أن يتحكم في سلوكه وأن يتخيل نتائجه قبل حصولها ، كما أنه أقدر على تعرف ما يتطلبه الناس منه من تصرفات وأن يتصرف على هدى هذا الاعتبار ، وبالرغم من أنه يمكن تدريب أو تمرين شخص أقل ذكاء على أن يتصرف بشكل مناسب

ومرض، إلا أن هذا لا يكون كافياً لإنتاج تصرفات مناسبة في المواقف والظروف الجديدة والغريبة على ذلك الشخص.

(ب) العوامل الثقافية والاجتماعية:

إن للمجتمع الذي نعيش فيه نظماً يجب علينا مسايرتها، ومن ثم فهي تتحكم في تصرفاتنا، وبناء على ذلك فإن تصرفاتنا تتخذ الطابع الذي يتوقعه المجتمع منا، وحتى إذا ما قرر الشخص أن يساير هذه النظم أو يتصرف بطريقة تتعارض معها إلا أن العوامل الاجتماعية الموجودة تؤثر بدرجة كبيرة على تكوين الشخصية وصقلها؛ ولقد أشار «يونج» «YOUNG» إلى أن المطالب والاحتياجات الاجتماعية التي تستلزمها النظم الموضوعة لنا بواسطة أفراد مجتمعنا هي إحدى مراحل العلاقات الاجتماعية الموجودة في كل مكان، ففي كل المجتمعات وفي مئات من المواقف الشائعة يكون ما يتوقعه الآخرون منا هو أساس التحكم في طريقة تصرفنا، وأن هذا من الأهمية بمكان في محيط التصرفات المتوقعة للأفراد.

وفي حالة الأفراد المقعدين جسمانياً يتأثر سلوك الفرد الاجتماعي بدرجة كبيرة بالطريقة التي يوحي بها المجتمع عن تصرفات الأفراد الذين هم في نفس الحالة والمركز، فمثلاً الطفل البدين يتوقع ان يكون هدفاً للنكات في منزله وفي مدرسته وفي محيط جيرانه، والطفل المقعد يتوقع أن يكون محلاً للعطف والشفقة، أما الأعمى فانه يتوقع الشعور بالأسى المقترن بالعطف عليه من الأشخاص الموجودين في بيئته.

وفي مجال التدريب المهني واختيار المهنة لذوي العاهات الجسمية تتأثر هذه كثيراً بالقيود التي يضعها المجتمع في سبيلهم. فالنظرة للطفل الأعمى هي أنه لا يصلح إلا للأعمال اليدوية البسيطة مثل صناعة الفرش أو المقشات أو ملء الكراسي، على أن بعضاً من هؤلاء المصابين يمكنهم التغلب على ما يضعه المجتمع أمامهم من صعوبات ويحوزون على نجاح باهر كمحامين وأطباء وأدباء كما أن منهم من لا يتأثر بالمؤثرات الاجتماعية المتوقعة بعد أن يتعودوا عليها.

على أنه يمكن القول عموماً إن المجتمع قد قرر التجاوب المتوقع نحو الأشخاص المصابين وبذلك بيّن وظائفهم ومراكزهم التي يمكن أن يتبوءوها في المجتمع.

عوامل البيئة وأثرها في تطور الشخصية:

يتكيف الشخص مع بيئته بدرجة ملحوظة منذ ولادته، فالتغير الأول الذي يحصل في حياته هو نزوله من بطن أمه إلى العالم الخارجي، على أن هذه الحالة الجديدة تكون

سهلة بالنسبة للفرد نفسه إذ إنه لا يقوم بأي مجهود لكي يتكيف معها بل إن الآخرين هم الذين يبذلون قصارى جهدهم لمساعدته على ذلك، وعليه فإن مطالبه ورغباته واحتياجاته تلبّى وتُجاب بسرعة وبدون أدنى مجهود من جانبه. لكن حينما يكبر الطفل تقل عدد الحاجيات التي يقوم غيره بأدائها له، إذ عليه أن يقوم بقسط منها بنفسه وعندئذ تتعارض رغبات الطفل مع رغبات غيره من الأطفال والكبار أيضاً. وهنا يتحتم على الطفل أن يبذل مجهوداً لكي يتكيف مع بيئته. ويتوقف مدى التكيف على العوامل الموروثة والمكتسبة عند الطفل، كما يتوقف بدرجة كبيرة على الطريقة التي يسلكها الآخرون لمساعدته على التكيف مع بيئته.

وعلى هذا النمط، كلما كبر الطفل والتحق بالمدارس الابتدائية ثم الثانوية، يلزمه مزيد من التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه، وربما يكون هذا المجتمع بعيداً عن المنزل، وهكذا الحال عند اختيار المهنة التي سيحترفها الشخص، وعند الزواج، عندما يصبح أباً، فكل هذه مواقف تحتاج إلى تغييرات في حياة الفرد، كما تحتاج تبعاً لذلك إلى مزيد من المسؤولية التي تستدعي وتستلزم مجهوداً جديداً لكي يستطيع الشخص أن يتكيف مع حياته الجديدة التي ربما تتعارض مع ما تعوّد عليه من رغبات وتصرفات، فتصبح عملية التكيف عملية شاقة ومتعبة وخاصة إذا كان الشخص مقعداً أو إذا كانت ظروف البيئة صعبة وشاقة، وغالباً ما تكون مطالب الشخص ورغباته في هذه الحالة كثيرة ومبالغاً فيها. والتكيف يتم عندئذ إذا حصل هناك تعادل في مطالب الشخص ورغباته. وفي هذه الحالة يتعين على الشخص أن يتخلى عن بعض رغباته، وأن يسلك طريق الاعتدال، وتكيف الشخص يتوقف أساساً على الخصال والتصرفات التي اكتسبها نتيجة لتفاعل كفاءاته ومشاعره الداخلية مع بيئته.

أنماط الشخصية

كثيراً ما نسمع عن الأنماط المختلفة للشخصية. وكثرتنا يقسمون الناس إلى طيب أو رديء، ذكي أو غبي، وسيم أو غير وسيم، غير أن هذا التقسيم لا يفي بأغراض هذا البحث – فبرغم ان من ينمو ذا قامة طويلة يظل كذلك، ومن يولد وسيما يظل كذلك، إلا أنهم لا يقنعون بأن تظل شخصياتهم وتكوينها ثابتة غير متغيرة، إذ الملاحظ أن الشخصية تتغير بصفة مستمرة بالرغم من أن طبيعة واتجاه هذا التغير يتوقفان إلى حد كبير على العوامل الداخلية التي تنتج التكيف مثل النمو العقلي أو الجسماني، وكذلك المزاج. وقد سبق أن أشرنا إلى اختلاف نسب الأخلاط الكيماوية في الدم، مما أدى إلى تقسيمات رباعية متعددة منها

تقسيم أمبيدوكل إلى هوائي وناري وترابي ومائي، وتقسيم ڤندت إلى متفائل ومقاتل وحزين وبليد، وتقسيم هيبوقراط إلى دموي وصفراوي ولمفاوي وسوداوي.

وهناك تصنيفات أخرى مثل تصنيف «يونج» و «كرتشمر»، وسنتحدث عن كل من هذين التقسيمين.

المنطوي والمنبسط:

إن من أكثر التقسيمات لأنماط الشخصية شيوعاً تقسيم «يونج» الثنائي إلى المنطوي والمنبسط، فالشخص المنطوي هو الذي يوجه مشاعره داخلياً نحو نفسه والذي يوجه أفكاره ورغباته نحو شخصه وهو عادة ما يكون متحفظاً وذا ميول ومزاج خاص وفي غاية الكتمان فضلا عن أنه يكون غير حاضر الذهن وكثيراً ما تنتابه أحلام اليقظة وتخيلاتها.

أما الشخص المنبسط فإنه يهتم بالأشياء الخارجية بخلاف نفسه كما لا يميل إلى أحلام اليقظة بل يتجه نحو العمل والنشاط، وفي الوسط بين الطائفتين فئة ثالثة أكبر من كليهما وهي فئة الشخصية المعتدلة، وتتضمن هذه الفئة أشخاصاً ليسوا بالمنطوين ولا بالمنبسطين إذ إنهم يجمعون بعضاً من صفات كل من النوعين، على أنه ربما ترجح الصفات المكتسبة من أحد النوعين عن الصفات التي تكتسب من النوع الآخر.

المتآلف والمنفصم: Cylcloid and Schizoid Types

وهذه هي أنماط أخرى من الشخصية يعتقد «كرتشمر» « Kretschmer » أن هناك ارتباطاً بين البناء الجسماني ونوع الشخصية. مثال ذلك أن الشخص ذا البناء الضخم الملفوف، غالباً ما يكون منبسطاً ومتفتحاً وفي الحالات الشاذة يكون مصاباً ببعض الخلل العقلي وهذا هو الشخص المتآلف، أما الشخص الطويل النحيف الضعيف البنية فإنه غالباً ما يكون من نوع الشخصية المنطوية وفي الحالات الشاذة يكون شبيهاً بالمصاب بالسكيزوفرانيا وهذا هو الشخص المنفصم. والتصرف الطبيعي للشخص المتآلف يوحي بتصرفات الشخص الذي لديه خلل عقلي مصحوب بانقباض، فالمتآلفون يتفاوتون بين فترات انتعاش فيها انشراح ونشوة إلى فترات كلها انقباض وحسرة. وتتخلل ما بين الفترتين فترات طويلة من التصرفات الطبيعية العادية. ويمكن القول إن تصرفات الشخص المنطوي العادي تعكس أو توحي بتصرفات الشخص الشبيه بالمصاب بالفصام، فالشخص المنطوي هو شخص منعزل عن المجتمع، إلا أن عزلته هذه لا تكون كاملة مثل العزلة المعروفة عن المصابين بالفصام، حيث إنهم لا يولون أي اهتمام أو اعتبار لبيئتهم أو لما يجري حولهم، وغالباً

ما يقيمون نتيجة لذلك عوائق فكرية وذهنية تجعل الاتصال والعلاقات الاجتماعية مستحيلة عليهم.

ويمكن زيادة أنواع لا حصر لها من الشخصية إلا أن ذلك لن يكون له جدوى تذكر. على أنه يجب التذكر أن أنواع الشخصية المستقلة نادراً ما توجد، هذا إذا كان لها وجود على الإطلاق، وفي حالة وجودها فإنها لا تظل مستقلة أو منفصلة لفترة طويلة من الوقت، حيث إن الشخص نفسه يتغير من وقت لآخر وكذلك تتغير نظم وأساليب شخصيته، ففي بعض الأحوال يكون منقبضاً ومنعزلاً بشكل ملحوظ، وفي أحوال أخرى يكون نفس الشخص غير أناني بل إنسانياً بدرجة مبالغ فيها. ومن الممكن الوصول إلى تعريف ثابت للشخصية الافتراضية هذه، إلا أن تصنيف الأنواع المختلفة لن يظل ثابتاً بل سيتغير. وهذا في صالح علماء النفس إذ إنهم يحاولون مساعدة غير المحظوظين على تغيير أساليب تكيفهم وذلك بغية تكوين شخصيات اجتماعية جديدة مرغوب فيها.

الشخصية العادية وغير العادية

بالرغم من أننا حاولنا تعريف لفظ الشخصية تعريفاً عاماً وبدائياً كما أننا حاولنا تصنيف مختلف أنماط الشخصية، إلا أننا لم نحاول تعريف الشخصية العادية والشخصية غير العادية. لتفهّم ذلك نتساءل ما معنى العادي؟ فالعادي هو أسلوب السلوك الذي يقوم به أكبر عدد من الأفراد بالنسبة إلى صفة خاصة، وكما هو الحال في الإحصاء فالمتوسط يمثل عادة العدد الأكثر شيوعاً بين مجموعة من المقاييس كأن يكون مثلا متوسط وزن الأطفال عند الولادة بين ٥ إلى ٧ أرطال وهذا يعني أن معظم الأطفال كثرتهم يزنون عند الولادة من ٥ إلى ٧ أرطال. وعليه فإن أي انحرافات ملحوظة نحو الهبوط أو الصعود عن هذه الأوزان لا يمكن اعتبار أصحابها عاديين فيما يختص بهذا الصفة بالذات. وفيما يختص بالشخصية فإن معنى أن الشخص عادي هو أنه يتبع سلوكاً مشابهاً لما يتبعه معظم الناس عندما يتكيفون مع بيئتهم، وهذا لا يعني أن كل شخص يتصرف كما يتصرف غيره من الأفراد بالضبط، بل إن هناك فروقاً في التصرف بين كل منّا، على أنه حينما تنحرف هذه الفروق بشكل ملحوظ وبدرجة تمنع الشخص من أن يتكيف مع بيئته، عندئذ يمكن القول إن الشخصية غير عادية. وقد عدّد كامبل ميزات الشخصية العادية فقال إن الفرد يقوم بمهمة المحافظة على وحدته ضمن المجموعة، وبإيجاد توازن بين مختلف الاتجاهات المتعارضة، وبالاستفادة من مختلف المصادر التي تعوضه عن النقائص الأساسية أو المكتسبة، وعليه في هذه الحالة الوصول إلى مرحلة الرضا عند محاولته الاستفادة من العوامل الخارجية الموجودة

تحت تصرفه. وعندئذ يكون الفرد متجاوباً مع اتجاهات سائر الناس بغية الحصول على قيمة فردية يتلافى بها أي شعور بمركب النقص يكون لديه.

وللمجتمع كما للثقافة أثر ملحوظ في تعريفنا للفظ العادي. ولنعرف ما يعبر عنه بالسلوك الطبيعي علينا أن نأخذ في الاعتبار مستويات التفكير والأخلاق التي تسيطر على الحياة الاجتماعية التي نتبعها وكذلك ما يتوقعه المجتمع من الفرد والطريقة التي يكيّف بها الفرد سلوكه على هدى مقاييس ومُثُل المجتمع. وفي الخلاصة يمكن القول إن الشخصية العادية يمكن قياسها على أساس قدرة الشخص على تعديل أساليبه لتتفق مع وجهة نظر المجتمع، وعلى العكس فإن أساس الشخصية غير العادية هو عدم قدرة الفرد على تعديل أساليبه لكي يتكيف مع مجتمعه.

مشاكل الشخصية الناشئة عن العيوب الجسمانية

لقد ذكرنا أن أحد المحددات الهامة للشخصية هو العلاقة المتبادلة بين الشخص وبيئته، فأي ظروف تبعد الشخص عن بيئته مثل الفروق الملحوظة في تكوينه أو مظهره يكون لها أثر ظاهر في تطور شخصيته وفي انحرافها بدرجة كبيرة عن المألوف. ومن أمثلة هذه الفروق ظروف العجز الجسماني أو التناقص المزمن في حيوية الشخص أو انعدام التوازن في تأدية وظائف الغدد أو العمى أو الصمم – كلها عوامل تعمل على عزل الفرد عن غيره من أفراد بيئته. وهذه الانحرافات عن الطبيعي تؤثر بدرجة كبيرة على طريقة تعامل الفرد مع أفراد مجتمعه، كما تؤثر على طريقة تعامل هؤلاء الأفراد معه، فمثلا العاهات الجسمانية التي تعطل قيام حواس الفرد وأعضاء الحركة عنده بوظائفها تلقي أعباء إضافية على موارده وكفاءاته الأخرى، وذلك ينتج إرهاقاً لهذه الموارد فضلاً عن الشعور باليأس والحسرة. وحتى إذا كانت موارد الشخص متعادلة وقادرة على القيام بما تتطلبه الأعباء الإضافية، فإن شعور الأشخاص الآخرين ونظرتهم إلى مجهوداته الإضافية تؤثر بدرجة كبيرة على طريقة سلوكه، فإذا ما اعترف الآخرون بوجود عاهة في حواس الفرد أو في أعضاء حركته، وقدّروا مداها، ثم أمكن للشخص المصاب أن يتغلب عليها، وأن يؤدي وظائفه بطريقة مرضية، فإن ذلك يكون مدعاة وسبيلا لمساعدة الشخص المصاب على التغلب على مركب النقص، وبالتالي للتكيف مع بيئته، ولكن لسوء الحظ لا يقدر المجتمع في جميع الحالات مدى خطورة العاهات التي تصيب حواس الفرد أو أعضاء حركته وتكون النتيجة أن يصبح عصبياً، سريع الإثارة والغضب، ويتسم شعور الأفراد نحوه بالعطف والشفقة المصحوبين بالأسى والحسرة.

وعليه ، فإن الطفل المصاب الذي يلمس الشعور بالعطف والشفقة نحوه تتولد لديه علامات مصطنعة بالموافقة الظاهرية ، إلا أنه يتولد لديه أيضاً شعور قوي بالاعتراض والبغض لبيئته ، يتمثل أحياناً في إصراره على حياة مترفة مبالغ فيها ، وكذلك الطفل الأصم الذي لا يستطيع تبادل التفاهم مع غيره ، وفي الوقت نفسه لا يتمكن من إثارة شعور العطف نحوه ، يتولد عنده اتجاهات لا تتفق بل تتعارض مع مقتضيات الحياة الاجتماعية . أما الطفل البدين كبير الحجم نتيجة لخلل في غدته الدرقية ، فإنه ربما يكون محلا لسخرية زملائه ونكاتهم مما ينتج لديه شعوراً بالحرج والألم ، ويكون نتيجة ذلك هو الانعزال عن المجتمع والانطواء ، وكذلك التخيلات والأحلام النهارية التي يتمثل فيها الشعور العدائي . وهكذا الحال بالنسبة لطفل له قلب ضعيف فإنه لا يستطيع الاشتراك مع زملائه في مختلف نواحي النشاط ، وبذا يضطر أن يعيش عيشة لا تتفق ولا تجاري بيئته .

وستزيد هذه النقطة وضوحاً إذا ما درسنا العوامل التي تؤثر في شخصية من يصابون بالعمى ، فبسبب انعدام القدرة على الرؤية تزداد لدى الشخص قدرته في حاسة اللمس ، على أن الأشياء التي يمكن للطفل الأعمى لمسها والتجاوب معها هي القريبة منه مثل أجزاء جسمه ، وملابسه وسريره ، وكذلك الناس والأشياء القريبة منه . وبما أن جسمه هو أقرب الأشياء إليه فإنه يصبح مثار اهتمامه الذي لا ينقطع ، بل يكون مبالغاً فيه وبدرجة أكبر من غيره من الناس أو من غيره من ذوي العاهات . ولمنع اهتمام الأعمى الزائد بنفسه يجب إمداده بعوامل أخرى تكون مثار اهتمامه ، ولكن بسبب ما يمكن للطفل الأعمى أن يتعرض له من أخطار فإنه لا يستطيع أن يستطلع بيئته بحثاً عن عوامل ودوافع جديدة تكون محل اهتمامه ، وعلى ذلك يجب جلب هذه العوامل والدوافع إليه بدلا من سعيه هو إليها ، ولذلك فإن حياة الطفل الأعمى الاجتماعية تتركز منذ البداية حول نفسه وتستمر كذلك على مدى حياته كما سنبين ذلك تفصيلا فيما بعد .

ولأغراض التعميم يمكن القول إن الشخص الأعمى ليس اجتماعياً بنفس درجة الشخص المبصر ، على أن هذا التعبير ليس مقصوراً على العميان فقط ، إذ إن أي عاهة في الحواس أو في أعضاء الجسم الأخرى تعني وجود عائق اجتماعي أمام الشخص المصاب بها . فالأشخاص المصابون ببترٍ في أطرافهم أو المصابون بالصمم نادراً ما يعيشون منفردين ، كما أنهم لا يقومون بالأسفار بنفس النسبة التي يقوم بها الأصحاء ، حيث إن السفر يستلزم التفاهم والأسئلة التي يصعب على الأصم الحصول عليها ، كما أن الحركة تكون في غاية الصعوبة بالنسبة للمصابين في أطرافهم إلا إذا حصلوا على مساعدة أشخاص آخرين . وفي المحيط الاقتصادي ، نعلم أن كثيراً من المهن مغلقة أبوابها أمام المقعدين والعمي بما يجعلهم

يعتمدون على غيرهم في هذا المضمار، وفي بحث قام به «برادواي» « Bradway » عن الصمم الكامل والعمى الكامل والعاهات الجسمانية الخطيرة ومدى أثرها في تعويق التقدم الاجتماعي وأيها أكبر أثراً، وكانت الدراسة على ٩٢ تلميذاً من مختلف مدارس تأهيل العجزة قسموا إلى ثلاث فئات، واستعمل في البحث اختبار «فاينلاند» « Vineland » للنمو الاجتماعي الذي عُمل على نمط اختبار «بينيه» « Binet » للذكاء، واتضح نتيجة لذلك البحث أن المصابين بالصمم أقدر على مزاولة النشاط الاجتماعي من العميان وأن كلا من العميان والمصابين بالصمم أقل قدرة في المضمار الاجتماعي من غيرهم من ذوي الإصابات، فقد كان متوسط العامل الاجتماعي للمصابين بالصمم ٨٠ بالقياس إلى ٦٢ للعميان. ولزيادة الإيضاح يمكن القول إن كلا من العمى والصمم لا يكونان عائقاً دائماً للنجاح الاجتماعي، إلا أنهما يعطلان فقط هذا النشاط ويعوقانه إلى حد ما، كما أنه اتضح أن العمى عائق اجتماعي أخطر من الصمم.

على ان مقارنة فئات العميان والمصابين بالصمم بغيرهم من فئات المصابين بعاهات أخرى لا تعطي سوى نتائج تقريبية بسبب قلة عدد المصابين الذين أجري البحث عليهم، ويمكن القول بوجه عام إن العمى أو أي انحرافات جسمانية خطيرة أخرى تعوق حصول العلاقات والتعامل الاجتماعي بين الأفراد المصابين وبين غيرهم من الأفراد الذين في بيئتهم الاجتماعية. وفي مجال التعليم والتدريب الخاص بالمصابين يجب العمل على بناء شخصياتهم حتى يتمكنوا من التعامل بحرية أكثر مع غيرهم من الأصحاء، ومع أنه يجب على المصابين أن ينظروا إلى عاهاتهم نظرة واقعية وموضوعية إلا أنه يجب ألا يعني ذلك أي إهدار لكرامتهم أو جرح لكبريائهم. وسيكون ذلك ممكناً إذا ما حاول الأشخاص الأصحاء الذين في محيط المصاب أن يعاملوه بتعقل دون إظهار أي غضاضة بسبب العاهة أو أي سلوك ينبئ عن الفضول وتعرف كنه العاهة وأثرها، حيث إنه لا يمكن لأي شخص سواء كان سليم الجسم أم مصاباً أن يكون لنفسه شخصية اجتماعية مرغوبة بمجهوده الفردي، بل لا بد له من التعامل مع غيره من أفراد المجتمع، وعلى ذلك يجب تعليم المصابين والأصحاء مهامهم في هذا المضمار حتى يمكنهم التعامل بعضهم مع بعض بالطريقة المثلى التي تسمح بنمو شخصية كل منهم على خير وجه. وعند تطور شخصية المصاب فإن العوامل المؤثرة ألا وهي عوامل التكيف هي نفس العوامل التي تعمل وتكون موجودة في حالة تطور شخصية الأصحاء، وهناك عوامل أخرى غير ما ذكرنا تؤثر في تكوين فكرة الشخص عن نفسه.

فكرة المصاب عن نفسه

يكوّن كل فرد منا صورة ذهنية عن حالته الجسمية سواء أكان بديناً أم نحيفاً، طويلاً أم قصيراً، قويّاً أم ضعيفاً... ولهذه الصورة أهمية كبرى في تلوين شخصيته إذ على أساسها يكوّن فكرته عن نفسه ويكون سلوكه متأثراً بها، وهناك بعض الأفراد ممن يعطون أهمية خاصة لنواحٍ جسمية خاصة كالطول أو القصر، فمثلاً الشخص الذي يرغب في الالتحاق بإحدى الكليات العسكرية يهتم ببلوغ طول معين، والشخص الذي يرغب في عبور المانش يهتم بأن يزيد وزنه بطبقة سميكة من الشحم، والفتاة التي تهتم برشاقتها تحزن لو زاد وزنها بضعة جرامات، وهكذا...

كذلك نجد الموسيقيّ يهتم اهتماماً زائداً بأنامله، فيؤمن عليها في شركات التأمين بمبالغ طائلة، ويهتم المغني بحنجرته ويحرص عليها أشد الحرص حتى لا تتعرض للتأثيرات الجوية من حرارة وبرودة وهكذا...

وقد تتأثر الصورة الذهنية بنوع العمل الذي يقوم به الشخص، كما أنها تتلون إلى حد كبير بثقافته. أما بدء تكوينها فيكون في عهد الطفولة، حين يستطيع الطفل وهو ما يزال في دور الحضانة أن يدرك أنه شخص مستقل عن غيره من الأشخاص، يستطيع أن يفعل بعض ما يفعله غيره ولا يستطيع أن يفعل بعضه الآخر...

وينمو الطفل تدريجياً وتنمو خبراته وقدراته وتتغير الصورة الذهنية تبعاً لذلك، فهي إذن صورة «ديناميكية» متجددة دائمة التغير... ولكن مهما كبرنا فإن الصورة الحالية متأثرة بكل الألوان العاطفية التي خبرناها منذ الطفولة التي يودع معظمها في منطقة اللاشعور، ولنسائل أنفسنا الآن عن علاقة كل هذا بالتأهيل؟

والإجابة هي أن أخصائي التأهيل لا بد أن يتذكر في كل حالة أنه أمام شخص له ماض وتاريخ طويل لا يمكن تجاهله في حاضره. فهو يؤثر تأثيراً كبيراً على تلك الصورة الذهنية التي تعدلت مراراً خلال تلك السنوات الطويلة، فالمشكلة إذن ليست مشكلة حادثة ترام تسبب عنها بتر الذراعين أو الساقين، وهي ليست مشكلة عمل ومحاولة الحصول على عمل آخر مناسب، وأنما هي مجموعة من المشاكل أهمها جميعاً هو اتجاه المصاب نحوها، والصورة التي كوّنها عن نفسه وعن علاقته بالآخرين، عن آلامه وآماله، عن مخاوفه ومشاعره، عن خجله وكبريائه، عن تردده وارتباكه، عن هذا وعن ذاك...

وأخصائي التأهيل الذي يقدر هذه الأمور الدقيقة حق قدرها، يختلف تمام

الاختلاف عن الأخصائي الذي يظن أن مهمته تنحصر في تركيب ساق صناعية للعميل وتشغيله في عمل لا يحتاج إلى العضو الأشل أو المبتور.

ومن الظواهر الجديرة بالتسجيل أن شدة الانفعالات لا تتناسب مع شدة الإصابة، فهناك من يصوِّرون المسائل أكبر من اللازم، فيصابون بالذعر لإصابة تافهة، فتنتابهم الهواجس والمخاوف ويحزنون بشدة بالغة، على حين نجد آخرين يصابون بإصابات بالغة تعطلهم فعلا عن الاستمرار في مهنهم الأصلية وعن كثير من المهن الأخرى، ولكنهم مع ذلك يواجهون الموقف بصبر وشجاعة نادرة، فنحن نقابل أحياناً بعض الكبار ممن يلجأون الى سلوك الأطفال غير الناضج الذي لا يتناسب مع أعمارهم، كما أن هناك عدداً من المراهقين يلجأون إلى السلوك المنحرف (*).

وإلى هؤلاء جميعاً يجب أن تكون نظرة الجميع مشبعة بالعطف، وعلينا أن نتذكر أننا حين نكون أمام أحدهم نكون في الواقع إزاء مشكلتين أساسيتين.

أولاهما: أنه يجب أن يكيف الفرد نفسه حسب الحدود التي ترسمها العاهة المستحدثة.

وثانيهما: أن عليه أن يعدل في الصورة الذهنية التي كونها عن نفسه، ويدخل في ذلك علاقته مع من يتعامل من زوجة وأولاد وأهل وأصدقاء وزملاء في العمل وغيرهم، وإن هذا التكيف النفسي يقتضي من المصاب أموراً عدة تؤثر عليه كإنسان أكثر من تأثير العاهة نفسها.

وفي أثناء عملية تعديل الصورة الذهنية، تُثار في ذهن المصاب حوادث وذكريات ومواقف متعددة ومآس مؤلمة كتبت في اللاشعور أزماناً طويلة، وتكون النتيجة الطبيعية في كثير من الحالات أن يتصف سلوك الشخص بما يطلق عليه علماء النفس «تراجعاً» « Regression »، أي أنه يقوم ببعض التصرفات المشابهة لتصرفات الطفولة، وكأنه بذلك يرجع إلى الوراء. وهذا التراجع ظاهرة مؤقتة حدثت بسبب الحادث المؤلم المفاجئ الذي سبب العاهة، وفهم المشكلة على هذا النحو يستوجب من أخصائي التأهيل أن يتقبل من المصاب بعض أنواع السلوك الطفلي بشيء من العطف، أي كما لو كان العميل

(*) وهؤلاء لا يلجأون من أنفسهم الى مكاتب التأهيل بل تحولهم الجهات التي تعتني بالأحداث المشردين، وقد تبث لنا في بحث آخر بمشكلة التشرد (ونشر في مجلة علم النفس في فبراير سنة ١٩٥٣) أن كثيراً من المشردين مصابون بعاهات مختلفة، وكانت هذه العاهات من أكبر الدوافع لهذا السلوك المنحرف.

طفلا... لكننا لا نعني بالطبع أن تبقى معاملة الأخصائي للعميل على هذا النحو دائماً، ولكنها مرحلة يجب اجتيازها تدريجياً.

الشعور بالنقص

ذكرنا أن عوامل متعددة تعمل على خلق الشعور بالنقص عند المصاب ويسهم في إبراز هذه الحالة أفراد المجتمع، فهم يفترضون أن المصاب بعاهة شخص أقل منهم، لا في الناحية التي فقدها فحسب، بل تتعداها إلى باقي النواحي، فتصبح النظرة عامة إلى الشخص بأكمله... ولا يرى الكثيرون من أفراد المجتمع مانعاً من إظهار هذا الشعور بكل قوة وإشعار المصاب بأنه شخص ناقص أو تافه، وأنه يجب أن يخجل من منظره، وقد يحدث هذا للمصاب من أقرب الأقربين إليه [٥].

ولا يكتفي بعضهم بإظهار هذا الشعور البغيض أمام صاحب العاهة بل إنهم يرون أنه يجب أن يشعر هو في قرارة نفسه بهذه الحقارة. فلا يحق له أن يتطلب نفس الحقوق التي يتطلبها الشخص سليم البنية. فلا يحق له مثلا ركوب المواصلات العامة لكيلا يصاب ركابها بالنجاسة (وهكذا كان اتجاه الإغريق قديماً نحو ذوي العاهات)، ولا يحق له زيارة المتنزهات لأن ذلك يؤذي أبصارهم ويعكر صفاءهم، وهم بذلك يعاملونه كما يعامل الأمريكي الأبيض زميله الزنجي الأسود.. أو النجرو كما يطلقون عليه. فعلى الأسود أن يدرك أنه أقل من الأبيض وعليه ألا يفكر في ارتياد أماكن اللهو أو الفنادق أو غير ذلك من الأماكن العامة التي يجب أن تكون مخصصة لمن أنعم الله عليهم ببشرة بيضاء. وهذا أيضاً هو ما يتطلبه أصحاب الإقطاعيات من العمال الزراعيين وغيرهم من المواطنين، فالإقطاعي يتطلب أن يكون له مركز ممتاز في المجتمع الذي حوله ويعزز هذه الرغبة بكل ما أوتي من قوة فيقتني أفخم السيارات ويرتاد أعظم المنتديات ويتظاهر بكل مظاهر العز والترف مما لا يتوافر إلا لأمثاله من الإقطاعيين. هذا الإنسان لا تتم سعادته إلا إذا أشعره الفقراء بعظمته. وبنقصهم في نفس الوقت. فلا بد لهم أن يطيلوا النظر إلى سيارته الفاخرة ولا بد لهم أن يمجدوا ثراءه وحركاته وسكناته. وإلا فما الداعي لاقتناء السيارة الفاخرة وما يكتنفها

---

(٥) جاءتني ذات مرة زوجة أحد المصابين بفقد الساقين ترجو وتلح في عدم مساعدة زوجها لأنه لا يستحق المساعدة ولأنه يحصل على إعانات مالية من جهات متعددة (ذكرت منها ٦ هيئات) ولأنه يعبث بالمال ولأنه سيء الخلق ولأنه.. وتبين بالبحث أن هذه كلها ادعاءات وأن المسكين فقد حب زوجته وعطفها وإخلاصها بعد إصابته في حادث تصادم. فلما ابتعد عنها لينقذ نفسه. دبت الغيرة في نفسها. فحاولت أن تمنع عنه لقمة العيش. لا لشيء إلا أنه أصبح من ذوي العاهات..

من مظاهر الترف... تنطبق هذه الحالة على اتجاه سليمي البنية نحو المنكوبين في صحتهم وفي أجسامهم الذين دخلوا في زمرة ذوي العاهات... ولكن المسكين صاحب العاهة له حاجاته النفسية ، ومن أهمها حاجته إلى تقدير الناس له وللظروف الخارجة عن إرادته ، والتي سببت له العجز ، وهو في حاجة إلى تقديرهم لما عنده من قدرات فائقة في نواح كثيرة برغم العاهة التي أصابته. وإن إشباع هذه الحاجة النفسية لخير معين على إشباع باقي الحاجات الأخرى والمرتبطة بها ارتباطاً وثيقاً ، وأهمها حاجته لأن يقدر نفسه.

تغيير نظرة المصاب إلى نفسه

ما الذي يجب أن يحدث إذن حتى لا ينظر المصاب إلى نفسه على أنه شخص ناقص؟.. يجب أن يحدث تغيير أساسي في قيم الأمور ، فالجسم الصحيح الكامل يعتبر شيئاً حسناً إذا كان موجوداً ، أما إذا لم يكن ذلك متيسراً فيجب ألا يقلق الشخص على نفسه... والموقف هنا إزاء القدرات والمهارات الجسمية مشابه للموقف إزاء القدرات والمهارات العقلية الخاصة ، فالقدرة على اللعب على الآلات الموسيقية شيء مرغوب إذا توافرت لدى الشخص ، أما إذا لم توجد هذه القدرة عنده فإنه لا يقلق على نفسه ، وهكذا يقال عن القدرة الميكانيكية أو القدرة اللغوية ، فلماذا لا تستمر النظرة نفسها للقدرة على الجري أو الوثب أو تحريك الذراع أو غير ذلك من القدرات التي تعتمد على الحالة الجسمية؟.. هذا هو ما سنتحدث عنه في الفصل الثاني تفصيلا حينما نتكلم عن موضوع «تقبل العجز» ، والذي يهمنا الآن هو أن ندرك أنه ليس في إمكان كل شخص عادي أن يعمل كل شيء ، فهذا مقدرته الموسيقية محدودة وذاك لا يستطيع التصرف إزاء أيسر المشاكل الميكانيكية ، وثالث لا سيتطيع أن يستخدم أدوات النجار لأيسر الأمور ورابع لا يستطيع قول بيت واحد من سعر ولكنهم جميعاً عرفوا أنفسهم وحددوا إمكانياتهم وحاولوا التفوق فيما هم قادرون عليه فعلاً ، فكان الرضا وكانت السعادة.

وفي ميدان التأهيل لا يستطيع الأخصائي أن يساعد العميل كثيراً في هذه الناحية ، ويتوقف ذلك على نوع العلاقة التي تتكون بينهما ، ومن المحتمل أن تتجه هذه العلاقة إلى ما يشبه العلاقة بين الكبير القادر والصغير المحتاج ، أو العلاقة بين الطبيب والمريض ، أو المحامي والشاكي ، أو الأستاذ والتلميذ ، أي أن العميل ينظر إلى أخصائي التأهيل كما لو كان هو المأوى أو المنجد الذي يستطيع أن ينتشله من عالمه الخاص المملوء بالمنغصات ليضعه في طريق ممهد ويوصله إلى كل ما يبتغيه فيعتمد عليه في كل شيء ويركن إلى التواكل ، وهذا مضاد تماماً لأول مبادئ التأهيل.

فالتأهيل يرمى أول ما يرمى إلى استثارة عاطفة اعتبار الذات عند العميل بشتى الوسائل ، كما أنه يعمل على أن يساعد العميل نفسه ما استطاع إلى ذلك سبيلا . وأن يكون له رأي هام في وضع الخطة لنفسه في التأهيل . فما يراه وما يعتقده يجب أن يكون له المكان الأول فإن الخطة التي يرسمها بنفسه يحترمها وتسعده أكثر من تلك التي يرسمها له أخصائي التأهيل .



(شكل ١) الاشتراك في مواحي النشاط المختلفة يساعد على تغيير نظرة المصاب إلى نفسه

الاعتماد على الغير :

مدلول كلمة «العجز» يتضمن أن الشخص الذي كان قادراً على القيام ببعض الأعمل بنفسه أصبح عاجزاً عن القيام بها دون مساعدة الغير . وكلما كانت نسبة العجز أكبر دعت الحاجة إلى مساعدة أكثر. وهذا الاعتماد على الغير مرحلة ضرورية ومؤقتة . فمن أهداف التأهيل أن نجعل الشخص قادراً على الاعتماد على نفسه ، وذلك بإعادة ثقته بنفسه Self confidence . وفي حالات قليلة جداً وهي تلك التي تكون نسبة العجز فيها عالية للغاية ، لا بد أن يستمر اعتماد العاجز على غيره ، وعليه أن يقبل هذا الوضع . وهنا تصادفنا بعض الصعوبات فبعض العجزة يقبلون مساعدة الغير والبعض الآخر يجدها شاقة على نفسه ، وهنا مجال طيب لعمل أخصائي التأهيل . فعليه أن يشجع المصاب على قبول

بعض أنواع المساعدات التي لا بد منها والاعتماد على الغير اعتماداً جزئياً. وطبيعي أن هناك اختلافاً كبيراً في الحالات، فإلى أي حد يكون الاعتماد وإلى أي مدى يطول، ومتى يمكن الاستغناء عن جزء والإبقاء على جزء آخر؟

تلك جميعها أمور تختلف من حالة إلى أخرى حسب شدتها. والواجب – على العموم – هو تشجيع الفرد على اكتساب مهارات جديدة يستلزمها الوضع الجديد بحيث يتحمل أكبر قسط ممكن من المسؤولية.

ومن الظواهر الجديرة بالذكر في هذا الصدد هو ما يحدث أحياناً من أن الفرد الذي تعود الاعتماد على نفسه في قضاء بعض الأمور تمر به فترة تهبط فيها عزيمته فيلجأ إلى غيره لمساعدته مع أنه أثبت أنه قادر على أدائها. وهذه الحالة لا يمكن أن نعتبرها إهمالا أو «بلطجة» وإنما يكون المصاب في حالة نفسية تجعله في حاجة إلى التأكيد من اهتمام الآخرين به، وهنا يجب ألا يتأخر أخصائي التأهيل عن بث روح الطمأنينة في نفسه، وذلك بمعاونته والاستماع إلى كل شكاياته وخدمته وتوجيهه إلى ما فيه خيره.

ومن الأشياء التي يشعر بها كثير من العجزة ولا يبديها إلا القليل منهم، هي اعتقادهم بأن الشخص السليم الذي لم تحدث له إصابات من قبل، لن يستطيع تقدير الحالة على أكمل وجه، وربما كانوا في اعتقادهم هذا على حق، وعلى ذلك فهم يرفضون في أحيان كثيرة التحدث عن الصعوبات التي يلاقونها والمشاكل التي تعترض سبيلهم في أثناء التأهيل اعتقاداً منهم بأن الناس لن يتمكنوا من فهمهم.

ومن الظواهر الكثيرة الانتشار أيضاً بين العجزة اعتقاد المصاب بعجز جسمي أن الإصابة أثرت على شخصيته بأكملها، ويتأثر سلوكه فعلاً على هذا الأساس ويكون من نتائج هذا التأثير أن تراه يحدثك على أنه شخص سليم عقلياً وأنه ليس بمجنون، وينفي عن نفسه تهماً كثيرة هو الذي اختلقها ووجهها إلى نفسه.

وظاهرة أخرى هامة أن بعضاً منهم لا يتحمل إطلاقاً أن يعرف الناس عنه أنه عاجز أو أنه مبتور الذراع أو مبتور الساق، وتستمر النواحي الانفعالية عنده تتعقد يوماً بعد يوم، فإذا ناقشته في الأطراف الصناعية اليت ستصرف اليه فانه يوافقك سريعاً وبدون فهم خوفاً أن يقال عنه إنه غير عادي، وقد تسلم الجهاز الصناعي ولا يعرف كيفية استعماله جيداً، أو لا يكون مقتنعاً بفائدته. وهكذا تكون النواحي الانفعالية المعقدة سبباً في تعطيل التأهيل على وجه مُرض.

وبطبيعة الحال لا يمكن أن يستمر تجاهل حالة العجز زمناً طويلاً، فستأتي الظروف

التي تقتضي حتماً الإعلان عن العاهة. كما في حالة اختيار مهنة. أو اختيار زوجة. أو غير ذلك. وهنا لا بد أن يقبل المصاب نفسه على أنه صاحب عاهة. فإذا وصل الشخص إلى هذه المرحلة فإنه يتنفس الصعداء ويحس بارتياح نفسي كبير لتخلصه من ذلك الكابوس الثقيل ويبدأ في أن يكيف نفسه للموقف الجديد في صالحه وصالح صحته النفسية.

ويمكن لأخصائي التأهيل استخدام الدين وما يدعو إليه من القبول والرضى بالواقع وبالقضاء والقدر. وكذلك استخدام سير عظماء التاريخ من العجزة وذوي العاهات في إقناع العميل وترضيته عن حالته وفتح أبواب الأمل أمامه.

الفصل الثاني

الصحّة النفسيّة ووسائل التكيّف

مقدمة

الصحة النفسية هي التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية.

ويعتبر الشخص كذلك إذا كان متكيفاً مع بيئته لكي يستطيع تكوين وتدعيم صلاته وعلاقاته الاجتماعية، حتى تكون خلواً من الصعاب والمضايقات وحتى تكون بالنسبة له مجدية اجتماعيًّا وشخصيًّا وحتى يجد الرضاء والمتعة.

إنه بهذه الوسيلة يتمكن من استغلال كفاءاته إلى أبعد الحدود دون أن تحدث صعاب أو مضايقات له. والصحة النفسية ليست حالة محدودة ومؤكدة يحصل عليها الفرد أو يخفق في تحقيقها، وتختلف الصحة النفسية من شخص لآخر كما أنه يندر أن يكون الشخص متكيفاً تكيفاً كاملاً من هذه الناحية، ويمكن قياس مدى صحة الفرد النفسية بمدى تكيفه مع بيئته.

برامج الصحة النفسية

يتضمن أي برنامج للصحة النفسية جانباً وقائياً من حيث أهدافه وأساليبه، والغرض منه هو مساعدة الفرد على أن يتكيف مع بيئته بدرجة كافية بدلاً من أن يتلافى أو يصحح أي أخطاء أو أوضاع غير صحيحة بسبب عدم التكيف الكامل للفرد،

ويستهدف هذا البرنامج الوقاية ومنع ظواهر عدم التكيف الشائعة مثل الشعور بمركب النقص أو الالتجاء إلى عوامل الدفاع عن النفس التي منها الميل إلى العدوان كما يفعل الأطفال تماماً والكذب واستعمال العادات السلبية وأحلام اليقظة ، فضلاً عن أن برنامج الصحة النفسية يجب أن يهدف إلى الوقاية من أشكال عدم التكيف الخطيرة التي تنتج تصرفات جنونية ، إذ من المتفق عليه أن بعض أنواع النقص العقلي تنتج من تكرر حصول المواقف التي لا يتم فيها التكيف بين الفرد وبين دوافع الحياة ، وعلى ذلك فإن برنامج الصحة النفسية يجب أن يستهدف مساعدة الشخص على التكيف مع بيئته بدرجة كافية ومناسبة مع أساليبه وأساليب حياته ، ويجب أن يُدخل في الاعتبار ظروف الشخص الصحية وذكاءه ومركزه وخصاله وكذلك بيئته المادية والمعنوية ، ولكي تكون المساعدة وافية ، يجب ملاحظة مواهب الفرد الخاصة ، وملاحظة عيوبه الجسمانية والعقلية كذلك ، فضلاً عن أنه يجب النظر إلى الفرد بحالته الراهنة ، وكما هو ، وكما نحب أن يكون.

الصحة النفسية للمصاب

يتفق المؤلفون جميعاً فيما يتعلق بالاستعداد المرضي الذي يخلقه قصور الأعضاء ، وفي ذلك يقول «أدلر» (Adler) :

«منذ اللحظة التي ينفصل فيها الفرد عن بدن الأم ، تبدأ أعضاء جسمه والأعضاء التي لحقها القصور في جهادها ضد العالم الخارجي ، وهو جهاد شاق جليل ، أشد وأقسى بكثير في عنفه من الجهاد الذي تقوم به الأعضاء السوية ، أما الضحايا التي تتهافت وتسقط في ميدان هذا الجهاد ، فإن عددها يفوق بكثير جدًّا عدد جميع من تصرعهم نوائب الزمن وأحداث الحياة الكثيرة... ومع هذا فإن ألوان القصور التي قسمت عليهم تهيىء لهم قدرة كبيرة للتعويض ، وما فوق التعويض وتزيد قدرتهم على التغلب على العقبات



(شكل ٢)
تدريب العضلات على استخدام الساق الصناعية مما يعود بأطيب الأثر على الحالة النفسية

العادية والخارقة للعادة ، وتدفع بهم إلى تكوين كثير من الوظائف الجديدة وأشكال النشاط العالية ... وعلى هذا المنوال تصبح الأعضاء القاصرة ينبوعاً لا ينضب من العناصر التي يستطيع الكائن الحي أن يعمل على تحسينها والانتفاء منها ، حتى يستطيع أن يوفق بينها وبين ظروف الحياة التي أقبل عليها . فإن بلغ في ذلك غاية كبيرة من النجاح ، كان ذلك نتيجة لمهارته في ترويضها ولقدرة الأعضاء القاصرة على التغير والتحول ، ولطاقتها الكبيرة التي تدفعها نحو النماء والزيادة ، يضاف إلى ذلك كله ما يؤدي إليه الانتباه والتركيز الداخلي من التقدم الكبير في العقدة النفسية العصبية التي تتصل بتلك الأعضاء » .

يتضح لنا من عبارة أدلر أن القصور البدني يستلزم تغيراً في الحياة النفسية ، ومن أوضح التغييرات التي نلاحظها ، عدم الشعور بالأمن في كثير من المواقف ، وسنتعرض الآن إلى ثلاثة مصادر هامة لتلك الحالة .

(أ) عدم الاطمئنان إلى الحالة الجسمية :

تنظم الحياة كلها على اعتبار أن الأشخاص جميعاً سليمو البنية ، فتنظم وسائل النقل دون عمل أية اعتبارات خاصة لذوي العاهات ، وكذلك تبنى المنازل وتصمم الآلات وترسم الخطط العامة كلها من أجل الأشخاص العاديين وحدهم ، وعلى أساس هذا التنظيم يستطيع الشخص السليم أن يحكم قبل البدء في أية عملية إن كانت في مقدوره ، فيعملها أو فوق طاقته فلا يقربها ، فهو يدرك أن ارتفاع سلم الترام يناسبه ليركبه وأن سلم (الأتوبيس) مثلاً عال فيتركه ، ويعرف أن السير من منزله إلى محطة الترام لن يجهده وأنه إن لم يجد مكاناً للجلوس فإنه يستطيع الوقوف وانه يستطيع أن يتكلم وأنه يستطيع أن يسمع . وطبيعي أن الواحد منهم يصاب بالذعر لو عرف أن سلم (الأوتوبيس) مثلاً سيرتفع متراً ، وأن المقاعد ستكون بلا مساند وأنه إذا تكلم أمامه أحد فلن يرى سوى شفاه تتحرك ، ولن يسمع شيئاً ، وهكذا لو حُرم من أية ميزة من المزايا المتعددة التي لا يشعر بقيمتها إلا المحروم منها ، وكما يقال (الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى) فالمصاب بعجز جسمي يقاسي الحرمان من هذه المزايا ، ومن جميع التسهيلات ، لأنه يعيش في عالم أعد فقط للأشخاص سليمي البنية ، فهو غير واثق من أغلب ما يعمله ، فإن كان أعمى ، فهو غير مطمئن إلى سلامة الطريق ، وإن كان أصم ويعتمد على حركات الشفاه ، فهو غير مطمئن إلى التخمينات التي تتراءى له ، وهذا هو تقريباً نفس الشعور الذي يمر به الشخص العادي حين يتخاطب اثنان أمامه بلغة أجنبية لا يعرفها ، ثم يزداد توجسه خيفة ويتضاعف ارتيابه إذا ما كان المتحدثان طبيبين يعودانه في مرضه ؛ وإن كان يستخدم ساقاً صناعية وصادفته سيارة مسرعة نحوه ، فهو غير مطمئن

للجري أو الوثب ، وإن كان يركب (اتوبيساً) فهو غير واثق من أنه سيصعده بسلام ، وإن صعده فهو غير مطمئن لاتساع المكان له ولساقه الصناعية التي لا تنثني وهكذا...

(ب) عدم الاطمئنان للغير :

وبالاضافة إلى الصعوبات التي يسببها له عالم الماديات فإن المجتمع يسبب له القلق والاضطراب... فهذا يقابله بوجه باش وذلك بوجه عابس ، هذا بتكبر وذاك بتواضع ، هذا يشاركه وجدانيًا وذاك يثور غضباً لقربه منه ، هذا يخاف منه ، وذاك لا يثق فيه ، هذا يعتبره من الأولياء الصالحين وذاك يعتبره شيطاناً رجيماً ، هذا يعتبره رجلاً كاملاً ، وذاك يعتبره رجلاً قاصراً ، هذا يحترمه ويقدره ، وذاك ينفر منه ويتقزز لرؤيته .

وهكذا يتعرض كل يوم لألوان شتى من الاتجاهات التي لا تناسق بينها ولا انسجام . فليس لأفراد المجتمع معايير واضحة وثابتة ، لكي يفهمها الجميع ويتصرف كل واحد على أساسها سواء له أو عليه... والتصرف الواحد في الموقف الواحد ينتج عنه ردود أفعال مختلفة فيرضي هذا ويغضب ذاك مما يترك الشخص في حيرة فلا يستطيع إطلاقاً أن يتنبأ بنتيجة أي فعل يعمله . فهل ننتظر منه أن يشعر بالأمن دون أن نغير من نظرة المجتمع إليه ؟

(ج) عدم الاطمئنان للنفس :

وكما يفعل فيه غيره ، فإنه يفعل في نفسه ، فاتجاهاته نحو نفسه تتذبذب وليست على حال ، فاليوم يرضي عن نفسه لأنه أتى بأفعال مجيدة يستحق عليها الشكر والثناء ، وغداً يقف أمام المرآة ويتجه بأفكاره نحو جسمه المشوه الذي كان سليماً في يوم من الأيام ، فهو في صراع دائم بين القيم المادية ، والقيم الروحية ، فهو إلى أسفل إذا فكر في الأولى ، وإلى أعلى إذا فكر في الثانية وهو بين أسفل وأعلى معظم الوقت... ولا نستطيع أن نتجاهل هنا نظرة المجتمع وعلاقتها بنظرته إلى نفسه فالأخيرة تكون انعكاساً للأولى .

ولو استطعت أن تجعل عدداً من هؤلاء المنكوبين يقصون عليك في صراحة ما يجول في خواطرهم لأدركت أن السيكولوجي لا يزال يجهل الكثير من العالم الداخلي لهؤلاء الأفراد ، وأنه لا يستطيع أن يقدر الحالة حق قدرها تماماً إلا الشخص الذي وقع فيها ومر بآلامها وقسوتها . ولا يعوض ذلك إلا الاستماع إلى مئات الحالات وإعطائها فرص التعبير الحر التام الذي تتخلله المشاركة الوجدانية التي تشجع على الاسترسال والتنفيس ويعقبه النصح والتوجيه الذي يشجع على العودة إلى الكلام (والفضفضة) بما يجول بالخواطر ، على أن يسير مع هذا ويعقبه تحليل دقيق للآراء أو المعتقدات والمشاعر والخواطر في ضوء العمل المتعددة التي تؤثر في كل حالة .

تلك باختصار هي الظروف التي تؤدي إلى عدم شعور العاجز بالأمن والطمأنينة ومن واجب المهتمين بالتأهيل أن يمدوه بجميع وسائل الرعاية مادية كانت أو معنوية في النواحي الطبية النفسية والاجتماعية وفي تدريبه وتشغيله والنظر إليه كما ينظر المربي إلى تلميذه يتعهده بعناية لينمو نموًّا متزناً كاملاً وليكتسب خبرات جديدة يوماً بعد يوم تحقق له فرصة العمل المناسب الذي يكون احتمال النجاح فيه كثيراً، فكثرة النجاح تعيد إلى المرء ثقته بنفسه وثقته بمن حوله، وتبعث في النفس الأماني والآمال، ولا يتم هذا إذا كلف الواحد منهم دائماً أعمالاً بسيطة يكون النجاح فيها مضموناً تماماً. ولا يحتاج إلى بذل مجهود هام يسترعي انتباه من حوله ويبعث على رضائه عن نفسه، كما لا يجوز تكليفه دائماً أعمالاً فوق مستواه بكثير ثم نساعده في تأديتها إذا هو فشل فيها، فالمهم أن يعمل هو بنفسه ويكتسب الخبرات بنفسه وأن يشعر بالنجاح.

الدوافع الأساسية عند الإنسان

١ – يوجه الانسان نشاطه ويركزه نحو الحصول على حاجاته البيولوجية وعلى سلامته الجسمانية عموماً ويستتبع ذلك أنه يتحاشى المواقف التي تسبب له الألم أو الجوع أو الحرمان على أنه يمكن حدوث وقبول أي من هذه العوامل لفترة مؤقتة، على أمل تحقيق الرضا الدائم فيما بعد.

٢ – غالباً ما يتصرف الإنسان بطريقة تحقق له النجاح والتفوق والقيادة، أما مدى ذلك فيتوقف على الفرد نفسه، على أن الناس يحاولون دائماً تلافي المواقف التي ينتج عنها الحسرة أو خيبة الأمل، على أنه أحياناً يتقبل الشخص مرغماً وبصفة مؤقتة خيبة الأمل والحسرة على أمل أن يتحقق له النجاح والتوفيق فيما بعد.

٣ – غالباً ما يتصرف الإنسان بطرق تساعده على تحقيق مركز سام وعلى الحصول على احترام الناس وإعجابهم – على انه يتحاشى المواقف التي ينتج عنها إهمال المجتمع له أو احتقاره إياه – ومع ذلك نجد أن الإنسان أحياناً يتحمل الاحتقار والمذلة بشكل مؤقت على أمل الحصول على احترام ومركز سام بصفة دائمة فيما بعد.

٤ – عادة ما يسلك الانسان سبيلاً تؤدي به لأن يكون محبوباً ومرغوباً فيه وغالباً ما يتحاشى المواقف التي تؤدي به إلى عكس ذلك.

٥ – يلجأ الناس عادة إلى الأساليب التي توصلهم إلى الأمان وإلى الهدوء العقلي

والشعور بالراحة والتحرر من المشغولية والبلبلة الفكرية ويتحاشون المواقف التي تؤدّي إلى عكس ذلك.

٦ - توحي تصرفات معظم الأفراد أنهم يبحثون عن تجارب جديدة وبعض المغامرة وأنهم يتحاشون الحياة المملة الرتيبة، على أن هناك اعتبارات خاصة، كالعوامل الاقتصادية والمسؤوليات الاجتماعية ورغبة الفرد في المعيشة بين أفراد مألوفين له؛ كل هذه عوامل تتعارض مع رغبة الشخص في حياة غير عادية؛ وعلى العموم فمعظم الناس يسعون إلى حياة فيها شيء من الابتكار والتجديد تلافياً للملل والضجر وذلك بدون المبالغة في هذا التجديد والابتكار حتى لا يستلزم ذلك الاستمرار في التكيف مع المواقف المتغيرة والتي تصبح صعبة وغير محتملة.

والحوافز المذكورة لازمة وأساسية لكل من الأشخاص العاديين وللمصابين جسمانيًا كذلك، غير أن بعض الرغبات التي ذكرت لا يمكن لذوي العاهات تحقيقها بنفس السهولة وبنفس النسبة التي يحققها بها الأشخاص العاديون، بل إن بعضاً منها لا يمكن تحقيقه إطلاقاً للمصابين، ويمكنهم عموماً تحقيق معظم هذه الرغبات ولو بطريقة جزئية.

وسائل التكيف إزاء هذه الحوافز النفسية

هناك حيل متعددة يلجأ إليها الشخص بطريقة لا شعورية ليتكيف إزاء المواقف التي تقابله ولكي يشبع حاجاته النفسية، ومن هذه الحيل:

التعويض (Compensation)، والطريقة الهروبية (Escape Reactions)

والتقمص (Identification)، والإسقاط (Projection)

والتبرير (Rationalization)، والكبت (Repression)

والنكوص (Regression) وغيرها.

والإنسان ليس حرًّا في اختيار الوسيلة التي يستعملها لكي يتكيف مع بيئته، بل غالباً ما يكون ذلك بدون وعي منه وليس وليد العادة، إنما يتوقف ذلك على الظروف المحيطة به وعلى خصاله وصفاته الشخصية.

ومن أهم الوسائل التي يلجأ إليها المصاب بعجز جسمي حتى يتكيف مع بيئته وسيلة «التعويض» التي سنبحثها بشيء من التفصيل.

متى تصبح إحدى وسائل التكيف غير مستحبة؟

لا يمكن التعرف على هذه الحقيقة بدون دراسة وافية للظروف المحيطة بالشخص وحالته، إذ ربما تعني هذه الدراسة أن وسيلة ما أفضل من غيرها على حين أن وسيلة أخرى غير مرغوب فيها أو غير مناسبة أو كافية حتى يتكيف الشخص مع بيئته، ومعنى ذلك أن وسيلة التكيف التي يمكن تطبيقها تتوقف إلى حد كبير على حالة الفرد وظروفه والاعتبارات الشخصية الأخرى.

ولتقدير مدى جدوى أي وسيلة من وسائل التكيف لا يكفي معرفة ظروف الشخص وحالته، بل يجب أيضاً معرفة مدى شيوع وتكرر هذه الوسيلة وجدواها على الشخص وفي بيئته.

وتصبح وسيلة التكيف غير مرغوب فيها إذا لم تؤد الغرض الموجو منها بل إنها تصبح ضارة إذا ما ترتب على استعمالها صعوبات في انتقاء واختيار وتجربة سبل ووسائل أخرى غيرها.

التعويض عن القصور الجسمي

يقول «أدلر» إن الشعور بالقصور الذي يوحي به إلى الفرد أحد أعضاء بدنه، يصير على الدوام عاملاً فعالاً في نموه النفسي. واعتمد «أدلر»[1] في إثبات رأية هذا على ما يحصل في العالم العضوي، قائلاً: «إن من الحقائق المعروفة أن أعضاء البدن الأساسية للحياة تزيد في النمو، وتجيد أداء وظيفتها، إذا أصيب جزء منها، أو جانب من الأعضاء الأخرى التي تتصل بها، بما يعوق عمله. ففي أمراض الدورة الدموية تزيد قوة القلب ويتضاعف عمله، حتى يصبح أكثر قوة وأوفر كفاءة من القلب العادي. كذلك إذا أصيبت إحدى الرئتين أو الكليتين وتعطلت عن العمل، قامت الأخرى بعمل الاثنتين وزيادة، إلى غير ذلك من الحالات الكثيرة التي يظهر فيها تعويض بعض أجهزة البدن عن ضعف بعضها الآخر تعويضاً واضحاً، يبقي على الكائن حياته، ويزيد قدرته على العمل والكفاح».

وقد يكون التعويض تعويضاً مباشراً[2]، «يدفع الضرير إلى النبوغ في الأدب أو الأصم إلى الإبداع في الموسيقى أو الألكن إلى الامتياز في الخطابة... والأمثلة التي تؤيد ذلك الرأي كثيرة متعارفة، نذكر منها على سبيل المثال نبوغ ديموستين الإغريقي في

(١) Adler: Understanding Human Nature p. 75.

(٢) علم النفس الفردي للدكتور إسحق رمزي ص ٩٨. دار المعارف ١٩٥٢

الخطابة على الرغم من لثغته ، ونبوغ «أبي العلاء» و «ملتون»و «بشار» في الأدب والشعر رغم عمى كل منهم ، و «بيرون» الذي مهر في السباحة رغم أنه كان أعرج و «بتهوفن» الذي أخرج خير قطعة في الموسيقى بعد أن وفد عليه الصمم ، و «مكسيك» المصارع وبطل الرياضة البدنية المعروف كان مصاباً بذات الصدر (السل) في طفولته . وتلك حقيقة فطنت إليها حكم الأجيال فوضعتها في عبارات كثيرة منها «يوضع سره في أضعف خلقه» ، «أعمى العين ومفتح القلب» ، «أقرع ونزهي» ، أو «كل ذي عاهة جبار» .

هذا التعويض واقع في صميم البدن الذي يدبر أمر ما يلحق أحد أجهزته من عجز ، بعمليات فسيولوجية تسد هذا العجز أو تزيد عليه . ويسمى «حكمة البدن» (wisdom of body) .

غير أن القول بهذا المبدأ لا ينبغي أن يؤدي إلى الإسراع في تعميمه أو إطلاقه من كل قيد أو شرط ويكفي أن نشير إلى أنه ينبغي أن يحيط بالإنسان من الظروف الداخلية والخارجية ما يعين على التعويض ويسمح به . فلسنا ننتظر من كل مكفوف أن ينبغ في الأدب إن لم يؤت من القدرة العقلية ما يهيئه لذلك ، ولسنا ننتظر من كل من في سمعه وقر أن يخرج على الناس روائع النغم كما أخرج بتهوفن إذا لم يوهب القدرة على إبداع الأصوات .

ولسنا ننتظر من هذا أو ذاك أن يصلا إلى شيء كثير إذا لم تكن ظروف المجتمع قد هيأت لهما تذوق الأدب وفاضت عليهما بأنواع النغم وشتى الأصوات . هذا إلى أننا إن كنا ننتظر من المرء في صدر حياته أن يوفق في التعويض عما وُلد به من عجز ، فإننا لا ننتظر من الإنسان في أعقاب العمر وقد كان يتيبس عوده وتخبو حيويته – أن يصل في تعويضه عن عجزه إلى مثل ما يصل إليه الفتى اليافع .

وعلى ذلك فإننا نجد أن القصور العضوي لا يؤدي إلى التعويض في الميدان الفني أو العلمي فحسب ، بل إنه كثيراً ما يظهر في تكوين الأخلاق ، وطراز الشخصية ، ويكفي للتمثيل على ذلك ما يعرف عن خفة الشخص السمين وظرفه ، أو تجمل الرجل القبيح المشوه الوجه ، بالتفوق الروحي أو العقلي .

تقبل العجز(*)

الشخص المصاب الآن كان بالطبع سليماً قبل الإصابة، وفي أثناء سلامته كانت له نظرة خاصة إلى العجزة وذوي العاهات. هذه النظرة وتلك القيم التي كانت في ذهنه ولا شك تستمر معه بعد إصابته، فيبدأ ينظر إلى نفسه بنفس الطريقة التي كان ينظر بها إلى المصابين، أي أنه يشعر أنه أقل من الشخص السليم، وإذا أعطيت الفرصة لشخص مبتور الساق مثلاً ليعبر عن مدى تقبله لحالة العجز التي أصابته فإنه يقول:

«الآن بعد أن فقدت ساقاً كنت أستخدمها في السير والوقوف والجري والوثب وحتى في الصعود إلى جبل المقطم (ولو أنه لم يسبق له إطلاقاً ولم يفكر من قبل في صعود الجبل) لا أستطيع الاشتغال بأي عمل يتطلب استخدام الساق.. وحتى لو ركبت ساقاً صناعية فقد تختل وقد تسقط مني في أية لحظة... وإذا نظرت الآن إلى نفسي في المرآة، فلن أجد فيّ رجلاً كاملاً كما كنت ولكن تلك إرادة الله، ولا بد أن أتعود على هذا المنظر المؤلم... والآن لا بد أن أقدر لكل خطوة موضعها، وهل سأجني من ورائها ما يوازي المجهود الضخم الذي يبذل فيها؟... ثم إن الوقت الذي يضيع الآن في أداء شيء واحد كنت أستغله من قبل لأداء أشياء كثيرة. وعلى ذلك فسأظل دائماً أقل مما كنت ولن أعود إلى ما كنت عليه وما كنت أنتظر أن أكون عليه لو لم أفقد ساقي».

كما أن هذا الشخص يفقد كثيراً في علاقاته الاجتماعية ويشعر أنه غير مقبول في بعض الأوساط كما سبق أن بيّنا ذلك، كما يشعر أن عضويته غير مرغوب فيها في كثير من الاجتماعات. ولو أعطيت له الفرصة ليعبر عن مشاعره في هذه الناحية فإنه يقول:

«عندما ينظر الناس إليّ الآن فإنهم ينظرون إلى أسفل ويعتقدون أني لا أستطيع مشاركتهم كما كنت أفعل من قبل، وينظرون إليّ كما لو كنت عبئاً ثقيلاً يحسن التخلص منه. وإذا حدث وقبلوا وجودي معهم، فلن يكونوا راضين عن هذه الحال. وسيهجرني النساء وينفر الناس من منظري.. فماذا أعمل وليس في استطاعتي أن أكون كالشخص السليم؟...»

وإن في استطاعتنا أن نبحث كلا من هذه الصعوبات على حدة وأن نفكر في طرق التغلب على كل منها، ولكن هذه عملية شاقة إذ انه يمكن أن نستمر في عد صعوبات شخصية واجتماعية لا حصر لها. والأنسب من ذلك الآن أن نبحث في بعض الطرق

(*) من مقال للمؤلف في الكتاب السنوي لعلم النفس سنة ١٩٥٤.

العامة للتغلب على بعض هذه الصعوبات. والمهم في كل حالة هو تحديد بعض الظروف التي يمكن العمل على تغييرها كخطوة أولى في التكيف.

والحالة التي نرمي إلى الوصول إليها مع العميل والتي نسميها «تقبل الفقد» أو «تقبل العجز» لا نقصد منها حالة خضوع لسوء الحظ، بل على العكس إننا نرمي إلى التغلب على الشعور بسوء الحظ. وسنبين الآن الطريق الذي يظن المصاب أنه يهيئه للتكيف، والواقع أنه يخلق له مشاكل جديدة. ذلك أنه يتمسك بمعاييره وقيمه السابقة، وهو أن المستوى الصحيح أن يكون الشخص سليماً، وعلى ذلك فإنه يعتقد أن أحسن السبل للتغلب على الصعاب التي يصادفها هو أن يخفي ما أمكن نواحي العجز أو القصور ليبدو كما لو كان شخصاً سليماً أمام أعين الناس كالعميان خاصة من السيدات اللائي يحرصن على استعمال نظارة سوداء.

ولكي يحقق هذه الغاية فإنه يكلف نفسه جهوداً كثيرة لا طاقة له بها حتى يبدو عاديًّا أو يغالي ليبدو أحسن من السليم. فهل يتغلب بهذه الطريقة على الناحية النفسية التي تؤلمه، وهي عقيدته بأن العاهة تقلل من شأنه وتحقر من مركزه؟ إنه لا يتغلب بهذه الكيفية على تلك الصعوبة، وإن الجهود الجبارة التي يبذلها الشخص المصاب تضره كثيراً، فهو غالباً يرفض معاونة غيره على أداء أعمال تحتاج عادة إلى المجهود البدني لمجموعة من الأفراد سليمي البنية وان شعوره بالنقص هو الذي يدفعه لرفض هذا التعاون، ويجعله حساساً أكثر من اللازم لبعض نواحي السلوك التي لم يكن ليتنبه إليها من قبل. فلو كان مثلاً يسير مع شخص آخر سليم وتقدم هذا الأخير ليفتح له الباب فإنه يتأثر جدًّا لذلك، وما كان ليتأثر لهذه الحركة وقت أن كان سليماً، فهو الآن يرغب في أن ينكر أنه محتاج للمساعدة ويود أن يقول له: «لا تساعدني لأن الشخص السليم لا يحتاج إلى مساعدة في مثل هذا الموقف». وهذا ما يدفع ببعض العميان إلى تناول الطعام بعيداً عن الأعين إذ يشق عليهم أن يساعدهم الغير في توجيه أيديهم إلى الأوعية إذا ما أخطأوها.

وإن النسيان المؤقت لحالة العجز ليس عديم الفائدة تماماً، ففيه بعض الراحة النفسية ولو إلى حين، فالإنسان يميل بطبعه إلى نسيان خبراته الأليمة. أما النسيان المستديم فهذا أمر مستحيل لأن الظروف والحوادث اليومية لا بد أن تذكر المصاب بناحية العجز فيه، ويعبر المصاب عن ذلك بقوله: «إن أحسن شيء يمكن عمله هو نسيان الحالة تماماً، ولكن كيف يتأتى ذلك وكل من يقابلني يسألني عنها، إني لا أفكر فيها تماماً إلا إذا ذكرني بها شخص أو أردت فعل شيء فأتذكر فجأة أني عاجز بعد أن فقدت ما فقدت».

ومن الغريب أن المصاب يتعلق تعلقاً شديداً بالأشياء التي تجرح شعوره ، فيفكر فيها طويلاً ويفسرها دائماً ضد نفسه، ويكون ميالاً لأن يقلل من شأنه.

ومن الممكن إحداث تغيير عند المصاب ، وذلك بمساعدته على أن يعيش في عالمه الواقعي وأن يفكر تفكيراً موجهاً منتجاً ، وأن يواجه مشكلاته بشجاعة وأن يفكر في تحسين جميع أحواله وبكافة الطرق ، وأن يستعين بالأجهزة الصناعية وما يقترح عليه من أطراف صناعية ، أو سماعات صوتية أو ما شابه ذلك ،وأنه لا يزال يمتلك رصيداً كبيراً من القدرات المختلفة وإن لم يشعر به من قبل ، إلا أن هذا الرصيد يعوض عليه ما فقده بسبب الإصابة ، وعلى ذلك فهو لا يزال رجلاً كاملاً ، له أهمية كبرى في المجتمع الذي يعيش فيه ، وإن إصراره على مقارنة نفسه بين كل حين وآخر بالشخص السليم لا يعود عليه أو على غيره بأي فائدة تذكر.

ونذكر في هذه المناسبة أن الكثيرين ممن يصابون بحوادث ينتج عنها عاهات يفكرون جديًّا في التخلص من الحياة بالانتحار.. والذي يحدث في مثل هذه الأحوال هو أنهم يعطون أهمية كبرى للأعضاء التي فقدوها من أجسامهم بحيث تصبح الحياة لا تساوي شيئاً في نظرهم.. فكل عمل يعمله الواحد منهم في ذلك الوقت يشعر أنه يتعبه وأنه قاس على نفسه سواء كان لهذا العمل ارتباط بالعضو المصاب أو لم يكن له أي ارتباط ، وهذا العذاب الذي يخلقونه لأنفسهم يمتد إلى كل شيء ، وفي كل وقت ، ويكون المخرج الوحيد لهم من حالة الفقدان وحالة العذاب وحالة الضيق النفسي هو ترك الحياة بكل ما فيها.

ولحسن الحظ أن هذه الحالة لا تطول كثيراً ، ويستطيع معظم الناس التغلب عليها. أما عن كيفية التغلب ، فهذا ما لا يستطيع علم النفس حتى الآن أن يقرره بالدقة ، وربما كان ما يحدث هو أن الشخص يبدأ يدرك أن في الحياة أشياء أخرى غير العذاب والألم ، فبعد أن ينوي على الانتحار ويرسم خطته ولا يبقى له إلا التنفيذ ، يدرك فجأة في هذه اللحظة أنه سيفقد حياته ويفزع ، وهنا تكبر قيمة الحياة في نظره ، فيبدأ من جديد أول سلسلة من الشعور بالقوة والأمل.

والشخص الذي يمر بهذه التجربة ويحس أنه سار في طريق الضلال حتى آخره ثم عاد إلى رشده ، يشعر ذلك الشخص أنه لن يقابل موقفاً عدائياً أسوأ من هذا ، وتصغر في نظره إصابته وما فقده من جرائها ، ويبدأ فيقدر ما تبقى له من نعم الإله وهي كثيرة «زوج من الأرجل، زوج من الأيدي ، زوج من الأعين، زوج من... وأي زوج يعتبر

نعمة من الله سبحانه وتعالى »... ونجد النزعة الدينية تتغلب عليه في هذا الوقت. وانظر إلى ما جاء على لسان شخص كهذا : «الصحة ، الراحة ، الصداقة ـ المعيشة في الدنيا ، الدنيا كلها ، الحياة ».

وانظر إلى ما قاله شخص ثالث : «لقد تغيرت قيمة المسائل في نظري فما كنت أعده تافهاً تبين لي أنه عظيم للغاية وبذلك قلّت قيم أشياء كنت أعدها على جانب كبير من الأهمية. لم أفكر من قبل إطلاقاً في معنى الحياة وأصبحت أدرك أن الكثيرين يعيشون بدون هدف ، يأكلون ويشربون وينامون ، هؤلاء لا يعيشون أو قل إنهم يعيشون كالبهائم أو أقل. وإني أشعر الآن أنه لا قيمة للحياة ما لم أنتج ، وإلا فما فائدة عودتي للدنيا... لا بد من التمتع والضحك والسرور والتنزه والعمل في أحسن الأعمال والإنتاج والتكسب ».

ومن المسائل التي يهتم بها المصاب في أغلب الأحوال هي مظهره الخارجي ، فهو يعتقد أن أي شخص سليم يقابله ، يقع بصره أول ما يقع على العضو المبتور أو العاهة أيًّا كانت.. وأن هذا يحتل بؤرة تفكير وشعور السليم . والواجب أن يفهم المصاب أن الأثر الذي تتركه مقابلته لشخص سليم يكون نتيجة تأثير الشخصية كلها كوحدة ، وأن أثر المظهر الجسمي يكاد لا يذكر إلى جانب أثر النواحي الأخرى الهامة. وإننا كثيراً ما نصادف أشخاصاً ونتحدث إليهم ونحكم على قوة شخصياتهم ثم ننصرف وربما نعرف بعد ذلك أن منهم من كانت ساقه صناعية أو أن إحدى عينيه زجاجية أو غير ذلك. هذه الأمور التافهة لا تسترعي انتباهنا مثل كياسة الشخص ولباقته وسلوكه عموماً وتفكيره وآرائه ومعتقداته وآماله ومطامعه وخلقه ومثله العليا وغير ذلك من العوامل التي تكون وحدة مترابطة وهي التي تترك فينا أثراً فعّالاً.

التكيف عن طريق العمل

يقصد بذلك اختيار نوع ملائم من الأعمال التي تساعد المريض أو المصاب على إعادة التكيف ، فيتجه بتفكيره إلى غير مرضه أو إصابته مما يساعد على رفع روحه المعنوية وسرعة شفائه. وهنا يجب أن نفرق بين التكيف أو العلاج بالعمل والتدريب المهني أو التوجيه. فالغرض من الأول هو سرعة شفاء المصاب دون النظر إلى ما قد يكسبه المصاب من هذا العمل سواء أكان الكسب أجراً ماديًّا عاجلاً أم خبرة بعمل يؤديه في المستقبل. أما الثاني فهو تدريب المريض في أثناء النقاهة أو بعدها على العمل الذي يصلح له في المستقبل سواء أكان هذا العمل الذي يصلح له في المستقبل هو عمله الأصلي أم حرفة جديدة تناسب حالته. فإذا أمكن أن يجمع بين غرضين من بادئ الأمر كان خيراً

وأبقى وإلا ظلت كل مرحلة من هذه المراحل وحدة لها كيانها إلى حد ما ويمكن تقسيم المجالات التي يستخدم فيها العلاج بالعمل إلى الأقسام الآتية(*):

أولاً: الإصابات بجميع أنواعها مثل:

١ – كسور قد ينشأ عنها تيبس مؤقت في المفاصل أو دائم.

٢ – إصابات أخرى كالحروق والجروح قد تؤدي أيضاً إلى تيبس المفاصل أو شلل عضو أو ضمور في عضلاته أو قصور في وظيفته.

٣ – بتر الأطراف.

ثانياً: الأمراض الباطنية وتشتمل:

١ – السل.

٢ – أمراض القلب.

٣ – الشلل.

٤ – أمراض المفاصل المزمنة.

ثالثاً: فقد الإبصار.

رابعاً: الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية.

وتختلف الوسائل باختلاف الحالات فمن أنوال النسيج إلى أدوات للتريكو والتطريز والحياكة أو مواد أولية لبعض المصنوعات الجلدية أو عمل السلال أو صناعة الشيلان الصوف أو الملافح وما إلى ذلك. والذي نود أن نؤكده هو أن العلاج بالعمل أسلوب سيكولوجي يتوقف على شخصية المريض ونفسيته واستعداده أيضاً وبذلك يثمر ويؤدي ما يقصد به. ولذلك ينبغي أن تدرس الحالة النفسية للمصاب وأن تزال منه جميع أسباب القلق قبل أن يوصف له العمل، وتلك هي مهمة الأخصائي النفسي، إذ لو لم يسر البرنامج بهذا الترتيب فقد يحدث أن نختار وظيفة ما لحديث الإصابة ونفسيته ما زالت محطمة بفعل الصدمة ثم بعد شيء من العلاج وارتفاع الروح المعنوية وتحسن نفسيته تصبح هذه الوظيفة غير مناسبة له فتكون النتيجة ضياعاً للوقت والجهد بالإضافة إلى ما يلم بالمصاب نفسه من أحاسيس اليأس وخيبة الأمل.

(*) من محاضرة للدكتور عبد المنعم عن «وسائل تحقيق العلاج عن طريق العمل في مصر» برابطة الإصلاح الاجتماعي – أبريل ١٩٥٣.

مجهودات الأخصائي النفسي

تحدثنا حتى الآن عن بعض الظواهر السيكولوجية الهامة في حياة الشخص المصاب مما له علاقة بحسن تكيفه. ومنها يتبين الدور الهام الذي يقوم به الأخصائي النفسي وخاصة فيما يتعلق بموضوعات الدوافع والاتجاهات النفسية مما يؤثر أكثر الأثر على عواطف المصاب وعلى حياته الانفعالية. وقد كانت الموضوعات الخاصة بتأثير العاهة على المصاب واتجاهه نحو نفسه واتجاهات العالم الخارجي نحوه موضع الدراسة النظرية لعلم النفس الاجتماعي، فتقدم بمجموعة من النظريات الحديثة، منها ما صادف انتشاراً كبيراً كآراء «ألفريد أدلر» حيث يقول إن العاهة تدفع صاحبها إلى العمل. ويعتبر زيادة العمل وإتقانه الزائد من قبيل التعويض عن القصور أو النقص؛ وكما أن هناك نظريات أحدث من ذلك ومن بينها نظرية «باركر» Roger G. Barker وزملائه وهم يعتقدون أن الشخص الذي يصاب بعاهة يضم نفسه إلى طائفة ذوي العاهات ليفرض على نفسه العضوية في جماعة صغيرة منفصلة عن المجتمع العادي لظروفها الخاصة فيشعر شعورهم ويتمشى مع اتجاهاتهم، وهذا الشعور وذاك الاتجاه، يماثل شعور واتجاه الطوائف الخاصة والأقليات التي يجمعها ويؤلف بينها عامل مشترك مثل عامل الدين أو لون البشرة أو الجنس أو غير ذلك. والواقع أنه بالرغم من أن هذه النظريات تبدو متباعدة إلا أنها تسير جنباً إلى جنب دون أي تعارض.

العجز الجسمي أو العاهة يكون لها أثر شخصي على الفرد، وإنما نلاحظ بعض هذا الأثر كما نلاحظ بعض مظاهر الجزء الأكبر من الأثر الذي يستوطن في منطقة اللاشعور. ومما لا شك فيه أنه مهما قلّلنا من قيمة أعضاء الجسم والمظهر الجسماني فهو أحد المكونات الأولية للشخصية. وهذا علاوة على أن للجسم تأثيره على اتجاهات المجتمع الخارجي كما سبق أن أوضحنا. لذلك فإنه مهما ضغطنا على وجوب اعتبار كل ذي عاهة شخصاً منفرداً مستقلاً، وله ظروفه الخاصة وسلوكه الخاص به. فإن هناك بعض الصفات المشتركة في سلوك ذوي العاهات نشير إليها الآن باختصار:



(شكل ٣)
التدريب داخل الجمنزيوم يساعد على التكيف

١ – يعتبر سلوك كثير من ذوي العاهات سلوكاً شاذًّا. ومع ذلك ثبت لنا من الحالات التي قمنا بدراستها أن هناك ما لا يقل عن ٤٠ في المائة من ذوي العاهات يعتبر سلوكهم عاديًّا، بل قد يفوق المستوى العادي في بعض الأحيان.

٢ – ومع ذلك فإن السلوك الذي نسميه شاذًّا ليست له مميزات خاصة بذوي العاهات وإنما الشذوذ يكون من نفس نوع شذوذ الأشخاص العاديين. حقًّا إن هناك بعض أنواع السلوك الذي يغلب عليه كثرة الخجل والشعور بالنقص والانسحاب، إلا أن من بينهم أيضاً من هو على النقيض من ذلك تماماً.

٣ – كانت نتيجة محاولاتنا للربط بين أنواع السلوك وأنواع العاهات سلبية، فلم تكن هنالك صفات مميزة لمبتوري الذراع اليمنى مثلاً*.

٤ – كانت نسبة السلوك الشاذ أكبر بكثير في حالة المصابين بعاهات منذ آجال طويلة منها عند المصابين حديثاً. والواقع أنه لم يكن من أهدافنا تأهيل أفراد الفئة الأولى إلا أن عدم تكيفهم في الماضي، وعدم توفيقهم إلى أعمال مناسبة جعلهم يتسكعون ويشاغبون بغية الحصول على كل ما يمكن الحصول عليه.

ومما تجدر الإشارة إليه هنا أن الاتجاهات ليست ستاتيكية جامدة، بل إنه يمكن العمل على تغييرها، وتلك مهمة أساسية من مهام الأخصائي النفسي. وإن سهولة أو صعوبة التغيير تتوقف بطبيعة الحال على الفرد نفسه وما يكتنفه من ظروف وعوامل متعدّدة، وليست العاهة إلا واحدة من هذه العوامل الكثيرة، وإن الأخصائي النفسي بحكم مرانه وخبرته هو عضو فريق التأهيل الذي يستطيع أن يقدر أهمية كل عامل من هذه العوامل وأن يوضح لزملائه المهتمين بتأهيل الحالة كيفية التوجيه والإرشاد بحكم دراسته لهذه العوامل، فإذا نجحت الحالة أو فشلت فهو المسؤول الأول.

دراسة القدرات العقلية:

لا تنتهي مهمة الأخصائي النفسي عند حد دراسة اتجاهات الفرد وحالته الانفعالية وتوجيهه في هذه الناحية بل عليه أن يتابع هذه الدراسة في ميدان آخر، فعليه أن يكتشف

(*) ربما يبدو لنا بالملاحظة العريضة أن عدداً كبيراً من مبتوري الذراع اليمنى يلجأون إلى الاستجداء وخاصة في عربات الترام، ولكن بالملاحظة المنظمة تبين أن نسبة أصحاب العاهات الأخرى يلجأون إلى نفس السلوك بنسبة توازي نسبة من يلجأون إلى الاستجداء من بين مبتوري الذراع اليمنى.

النواحي العقلية المعرفية للشخص وما عنده من قدرات عامة وخاصة، فطرية ومكتسبة ومن أمثلة هذه الاختبارات: مقاييس للذكاء، واختبارات للقدرة الميكانيكية والقدرة اليدوية، واختبارات للقدرة على تركيز الانتباه والقدرة على التصور البصري والقدرة على تمييز النغمات الصوتية المختلفة...

كما أن عليه أن يكتشف النواحي المزاجية كالتفاؤل والتشاؤم والانبساط والانطواء والإقدام والتردد... وأن يكتشف الصفات الخلقية كالصدق والأمانة والتعاون... وأن يدرس هوايات الفرد وميوله الشخصية وأن يعتمد في كل ذلك على اختبارات موضوعية تمتاز بالصلاحية والثبات.

وطبيعي أن الأخصائي النفسي لا يطبق كل ما عنده من اختبارات على كل حالة وإنما ينتقي المجموعة التي تناسب العميل الذي أمامه في ضوء التقرير الطبي الذي قد ينصح بأن يكون نوع العمل الذي يوجه إليه العميل من النوع الذي يحتاج إلى جلوس طول الوقت، فالأعمال التي من هذا النوع في البيئة المحلية يمكن حصرها، ثم تأتي نتيجة اختبارات الذكاء فتحدد المهن أكثر من ذي قبل وتأتي ميول العميل وظروفه الخاصة فتحدد أكثر وبذلك تقل اختبارات القدرات الخاصة إلى أقل حد ممكن.

هذه الخطوات التي ذكرناها حتى الآن تحدث جميعها عند توجيه الأشخاص العاديين سليمي البنية، ولكنا هنا نضيف مشكلة جديدة وهي أن الإمكانيات البدنية أيضاً محدودة ولا بد لنا أن نأخذها في اعتبارنا عند التوجيه كما سيتضح لنا في الفصول التالية. والغرض من كل هذا هو ضمان حسن تكيف الفرد في عمله، وهذا -كما نعلم- شرط أساسي لسلامة الصحة النفسية.

البَابُ الثـاني

سيكولوجيّة الجَماعات الخاصَّة

الفصل الثالث

سيكولوجية الأصم

مقدمة :

يوجد في مصر عدد لا يستهان به من الصم ، فحسب التعداد الرسمي لسنة ١٩٤٧ نجد أن عدد الصم وحدهم ٧١٠٢ شخصاً ، هذا عدا المصابين بعاهات أخرى علاوة على صممهم كما هو مبين بعد :

أصم وأبكم	٨٨٥٨
أصم وأبكم وضعيف القوى العقلية	٢٨٨
أصم وأبكم وضعيف القوى وفاقد إحدى العينين	٦٤
أصم وأبكم وفاقد إحدى العينين	٦٤
أصم أبكم وفاقد البصر	١٧٥
أصم وأبكم وفاقد البصر وضعيف القوى العقلية	٤٣

فماذا صنعنا لجميع هؤلاء ولغيرهم ممن لم يشملهم الاحصاء؟ لا شيء يذكر. وهل حاول أحد مساعدتهم مساعدة فعالة على أساس متين؟ إن أقصى ما كان يعمل للواحد منهم هو مساعدته للحصول على سماعة كانت غير مناسبة في كثير من الاحيان ولم تساعده على التفاهم مع غيره فيئس من الشفاء ومن القدرة على السمع ، فكانت النتيجة الطبيعية ، وهي محاولة التخلص من الحياة ، ولقد قابلت من هذا الصنف عدداً كبيراً.

تلك هي الحالات التي تتعرض الى عبء ثقيل من التجاوب العاطفي من أفراد المجتمعات. ولكن هناك حالات أخرى ودرجات أخرى من الصمم سنعرضها الآن.

توجد في هذا المجال اصطلاحات كثيرة صيغت لتفي بمختلف الأغراض والاتجاهات، فهناك تعبيرات مثل أصم، أصم وأبكم، أبكم وشبه أصم، وشبه أبكم، أصيب بالصمم، ذو سمع جزئي، ثقيل السمع ... الخ. ونتيجة لهذا التباين في التعبيرات يجد الاخصائيون والدارسون أنفسهم في حيرة وغموض.

على انه يمكن تقسيم المصابين بعاهات سمعية الى ثلاث فئات (١) الصم. (٢) ثقيلي السمع. (٣) والذين اصيبوا بالصمم. وينبعث الفرق بين هذه الفئات من اعتبارين (١) السن عند حصول العاهة السمعية، و(٢) مدى فقدان السمع.

فاذا كان مقدار الخسارة طفيفة (حوالي ١٪ من قوة السمع) فلا يحتمل أن تؤدي الى تغيير مجرى حياة الشخص أو نشاطه في أي مرحلة من مراحل سنه. وإذا حصل الفقدان في مرحلة الطفولة فانه لن يؤثر بدرجة كبيرة على التطور الطبيعي للفرد في الناحيتين النفسية والتعليمية، إذ يمكن حينئذ اتخاذ بعض اجراءات خاصة لتعويض أي نقص في هذا المضمار، على انه حينما تقترب نسبة فقد السمع من ٢٥ - ٣٠٪ فان المشاكل والصعوبات تبدأ في الظهور، وفي هذه الحالة يجب استخدام الاجراءات والوسائل الخاصة لكي يمكن الاحتفاظ بشكل مجدٍ بالعلاقة السمعية بين الفرد والبيئة، ويمكن تحقيق ذلك بدون اختلال يذكر في شخصية المريض. وفي حالة الأطفال يمكن المحافظة على تطورهم «النفسي - التعليمي» بطريقة مشابهة بالرغم من وجود مشاكل أخرى، وهذه الفئة (المصابون بالصمم الطفيف أو المتوسط) تكون كثرتهم العظمى من ثقيلي السمع.

ويلي تؤلاء فئة تتغير بفقد سمعهم بدرجة كبيرة ملحوظة (حوالى ٥٠٪ أو أكثر)، وبملاحظة حالة هذه الفئة يتبين أن الروابط السمعية بينها وبين البيئة تتأثر وتختل بدرجة كبيرة إذ يحتمل أن ينعدم التفهم السمعي للألفاظ والأفكار والاصوات اليومية المادية، وإذا لم تنعدم فهي على الأقل تتشوه بشكل خطير.

وإذا وجدت العاهة منذ الولادة فان الطفل لا يتعلم شيئاً يعول عليه عن طريق الاذن، وتصل الدرجة الى أنه لا يستطيع أن يتعلم الكلام أيضاً، وفي هذه الحالة تستعمل وسائل تعليمية خاصة غاية في الدقة، ومن ثم تتميز جميع تجارب الطفل التعليمية بطابع اصطناعي، أما إذا حصل فقدان ملحوظ في السمع في الطفولة المبكرة أي في الوقت الذي تنمو فيه اللغة والكلام عند الطفل، فان هذا النمو قد يتوقف، ويتعين استخدام طرق خاصة للتعليم، ومع ذلك يكون هذا الطفل قد حصل على ميزة تفهم بعض التجارب العادية المتعلقة باللغة والكلام التي ليست عند طفل ولد أصم. غير أنه إذا كان مثل هذا

الطفل صغيراً جدًّا فان هذه الذكريات تتلاشى من مخيلته تدريجيًّا، وعندئذ يتساوى مع الطفل الذي ولد أصم. وعلى ذلك فان أخطر عائق في تقدم الطفل «النفسي–التعليمي» يحصل عند وقوع فقدان كبير في السمع **قبل سن الخامسة**. وتقدر نسبة من أصيبوا بالصمم في هذه السن المبكرة بمقدار ٨٠ الى ٩٠٪ من مجموع الصم. وكلما زاد السن الذي حصل فيه الصمم، كانت التجارب السابقة في محيط اللغة والكلام ذات فائدة كبيرة في محاولات الطفل للتغلب على عاهته السمعية رغم أن استعمال الوسائل التعليمية الخاصة ما يزال لازماً أيضاً في هذه الحالة.

ويعقب الفئة السابقة فئه تصاب بالصمم في سن متأخرة، ولهذا فان الصمم لا يؤثر في نموهم «النفسي–التعليمي»، أو في تجاربهم التعليمية، وهذا هو الحال في من يصابون بالصمم عند كبرهم، ومثل هؤلاء هم الذين يصابون بالصمم بسبب الحروب، فبالرغم من أنهم لا يسمعون صدى لأي صوت فان الفرق بينهم وبين ذوي الصمم المبكر كبير جدًّا من الناحية النفسية، حتى إنه لا يمكن وضعهم في فئة واحدة بالرغم من أن النوعين يشتركان في احتياجاتهما من ناحية تفهم الكلام وترجمة حركات الشفاه، ويكوّن هؤلاء (الذين اصيبوا بالصمم الملحوظ في سن متأخرة) الكثرة العظمى ممن اصيبوا بالصمم في إحدى مراحل حياتهم.

وتلخيصاً لما تقدم نورد فيما يلي فئات الصم التي اقترحت في أحد المؤتمرات في سنة ١٩٣٧.

The Committee on Nomenclature of the Conference of Executives of American Schools for the Deaf.

ويعتبر هذا التقسيم أحسن ما يمكن قبوله في الوقت الحاضر.

الصم: وهم الذين لا ينتفعون بحاسة سمعهم لأغراض الحياة العادية وتنقسم هذه المجموعة الى فئتين تتميز كل منهما بالوقت الذي حصل فيه فقدان السمع.

(أ) الصمم الخلقي (The congenitally deaf) الذين ولدوا صمًّا.

(ب) الصمم العارض (The adventitiously deaf) الذين ولدوا بحاسة سمع عادية ولكنهم اصيبوا بالصمم في احدى مراحل حياتهم نتيجة لمرض أو حادث. وبينما ينطوي ضمن الاصطلاحات السابقة العامل الأوحد الذي يميز الصم ألا وهو النمو النفسي–التعليمي، إلاّ أن هذا التقسيم قد استبعد نقط الخلاف والنقاش الثانوية.

حقائـــق :

قام «جوردون بيري»[1] (Gordon Berry) بعمل احصائية تقديرية سنة ١٩٣٨ عن (١) عدد الطلبة المسجلين في المدارس الخاصة بالصم. (٢) متوسط مدة المواظبة على المدرسة. (٣) متوسط العمر التقديري للصم. فكان مجموع الصم بالولايات المتحدة ١٢١,٨٧٨ أصم، وهذا يبين أن الصم يكوّنون أقلية ضئيلة عند مقارنتهم بمجموع السكان أو بمجموع المصابين بضعف السمع، إذْ ان الفئة الأخيرة قد قدرت بحوالى مليون طفل أو أكثر في الولايات المتحدة وحدها؛ وبناء عليه يكون من الصعب على المجتمع أن يعي ويقدر المشاكل والاحتياجات الخاصة بهذه الفئة الضئيلة المبعثرة في شتى الجهات.

الصم والأفكار الشائعة خطأ عنهم

يستعمل لفظ أصم في الحديث الدارج ليعبر عن عاهات السمع مهما كانت درجتها أو سببها، لكن الواقع هو أن عاهات السمع على أنواع مختلفة وأن الصمم لا يعبر إلاّ عن نوع واحد منها. وهو فريد في نوعه لأن المصابين بالصمم يكوّنون الطائفة الوحيدة التي تتطور حياتها بدون أن تتمتع بالاتصال أو التعامل مع البيئة على أساس سمعي. وهذا عائق كبير له أكبر الأثر على نفسية المصاب.

والشخص السليم لا يستطيع أن يدرك تماماً آثار الصمم، فهو لا يستطيع أن يتصور مدى خطورته، وهو غير قادر على أن يتحرر من تجاربه السماعية ليستطيع أن يقدر أو يشعر بكيفية النمو والتطور في عالم الصمم. وكانت النتيجة العامة لذلك على مر الزمن هي شيوع أفكار خاطئة عن الصم بين الجماهير عامة. واعتبر الصم أفراداً غير قابلين للتعليم وأنهم أغبياء أو بلهاء أو شواذ أو غير ذلك، كما اعتبر عجزهم عن الكلام دليلاً جديداً على شذوذهم، ومن ثم وصفوا بالبكم وبالخرس.

اسباب الصمم

إن نوع الصمم المذكور آنفاً يعرف بالصمم العصبي (Nerve deafness) أو صمم التمييز والإدراك الصوتي (Perception deafness)، وهو علامة على وجود عيب في أعصاب السمع أو أي أعضاء أخرى متعلقة بإدراك الاصوات وتمييزها، ويكون

(١) Berry G.: "Deafness in the United States". The Volta Review, Vol. 40, 2, 1938, p. 69.

سبب ذلك هو المرض أو الحوادث أو النمو الخاطئ. وفي بعض الحالات يشمل العيب أيضاً العضو الخاص بتوصيل الصوت، وحينئذ يعرف الصمم بالصمم المختلط (Mixed)، وحتى الآن لم يتسن اكتشاف علاج للصمم بأي حال إذا كان هناك فقدان كبير في السمع.

وحسب التقرير الصحي الذي وضعته وزارة الصحة بالولايات المتحدة سنة ١٩٣٦ اتضح من فحص طلبة المدارس للصم أن ٦٢٪ منهم ولدوا كذلك أي بصمم خلقي، على حين أن ٣٨٪ اصيبوا به بعد الولادة وهذا هو الصمم العارض.

وأكثر اسباب الصمم الخلقي شيوعاً هي: العوامل الوراثية، والإصابة بالزهري والتهاب أغشية الدماغ (البانولوجيا) إما داخل الرحم أو عند الولادة، وجروح خطيرة عند الولادة، ونقص أكسجين الدم عند الولادة (Anoxemia)، وتعاطي الأم الأدوية الضارة خلال مدّة الحمل، ومرض الأم خلال الحمل بأمراض مثل الحصبة الألمانية. هذا عدا بعض أنواع الصمم الخلقي الذي لم يعرف له سبب حتى الآن.

وأهم اسباب الصمم العارض هي الأمراض المعدية التي يكون الأطفال أكثر تعرضاً لها – وقد قرر «بست» «Best»[1] أن الحمى القرمزية والتهاب أغشية الدماغ معاً يتسببان في ربع الإصابات بالصمم.

وهناك خطأ شائع عند بحث الأسباب والتعبير عنها وهو يتعلق باستعمال اصطلاحي (وراثي Hereditary) و(خلقي Congenital) حيث إنهما لا يؤديان نفس المعنى. فالخلقي لا يشير إلى سبب الصمم بل إلى وقت حصوله، بينما الوراثي يشير إلى سبب الصمم ولا يشترط وجوده عند الولادة فربما ظهر بعد ذلك في إحدى مراحل الحياة وهو يتوارث حسب قوانين مندل.

ومنذ أمد قريب أمكن إنقاذ الكثيرين من حصول عاهة الصمم بواسطة الأدوية الحديثة (Antibiotics)، وقد استفاد منها الأطفال بصفة خاصة. وفي محيط (الصمم الخلقي) أمكن القيام بأبحاث مجدية إذ ان بعض هذه الأبحاث اكتشفت بعض أسباب كانت مجهولة، كما أمكن الوصول إلى بعض وسائل مقاومتها. مثال ذلك[1] أنها أوضحت

---

(١) Best, H.: Deafness & the Deaf in the U.S., N.Y., 1943.

(١) Levine, Edna Simon: "Psychoeducational Study of Children Born Deaf". Am. J. of Diseases vol.81, 1951 pp.627-36.

أن الحصبة الألمانية روبلا (Rubella) التي تصاب بها الأم في أثناء الحمل هي أحد هذه الاسباب، وربما يتسنى للأبحاث الحالية في تحليل الدم لإيجاد عامل الـ(.Rh) أن توضح بعض العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالصمم.

اكتشاف الصمم والتشخيص المتباين

إن اكتشاف المرض وتشخيصه لمن الأمور المعقدة جدًّا، حيث إنه عادة يتعلق بأطفال صغار لا يستطيعون الكلام أو التفاهم، وبالرغم من ذلك يستحسن التبكير في اكتشاف وتقدير مدى فقدان السمع حتى يمكن تقدير احتياجات الطفل التعليمية في وقت مبكر، وبالتالي رسم مسلك حياته المستقبلة.

ففي حالة الأطفال الذين أصيبوا بالصمم منذ الولادة أو قبل تعلم الكلام والتفاهم، يمكن اكتشاف أن لديهم ما يعوق سمعهم نتيجة لما يأتي:

١ - إذا أخفقوا في الكلام في السن والوقت العاديين.

٢ - عدم قدرتهم على تفهم الكلام.

٣ - انعدام تجاوبهم وتمييزهم للأصوات.

غير أنه لا يشترط لزوماً أن تكون هذه علامات دالة على عوائق للسمع أو على ثقله فهناك ظروف أخرى غير مرتبطة بفقد السمع ربما تكون السبب في الظواهر السابقة.

وهنا تبدأ أولى مراحل التشخيص المعقدة، فعند انعدام سجل تاريخي لعوامل الوراثة ومضاعفات الحمى أو العلل التي أصيبت بها الأم في مراحل الحمل الأولى لا يمكن الجزم أن الصمم حصل بسبب العلامات السابقة وحدها، والواقع أن الطفل الصغير الأصم عادة ما يتجاوب مع بعض الأصوات، وهذا يلقي بعض الشك على الموقف، حيث إنه بالنسبة للشخص العادي لا يعتبر الطفل الذي يتجاوب مع بعض الأصوات أصم بأي حال، وهذا اعتقاد خاطئ إذ في الحقيقة يتجاوب الأطفال الصم مع كثير من الأصوات.

وهناك تعقيدات أخرى في عملية التشخيص إذ بينما تنتهي العملية إذا قرر الباحث بجلاء وجود عوائق للسمع لدى الطفل الصغير أو انعدامها إلاّ أن هذا غير ممكن دائماً وخصوصاً إذا لم يوجد سجل تاريخي للناحية الطبية. ومرجع ذلك هو أن أي خلل في أجهزة إدراك الصوت سيوصف على أساس تخميني، لأن من هذه الأجهزة أجزاء داخلية وعميقة لا يمكن رؤيتها، هذا إلى أن تجاوب الأطفال لمختلف المقاييس والاختبارات

الخاصة بالصوت غير مؤكدة ولا يعتمد عليها فضلاً عن أن اختبارات التجاوب التي تخضع لظروف شرطية خاصة تتأثر إلى حد ما باستعداد الشخص وكفاءته وقابليته على التعاون، وفي حالات كثيرة تكون فكرة الممتحن أو المختبر هي أقصى ما يمكن الحصول عليه من نتائج هذه الاختبارات، وتزداد قيمة هذه الفكرة كلما زادت خبرة الممتحن.

وليس من الغريب استدعاء مختلف الاخصائيين لحضور هذه الاختبارات فمنهم أخصائيو النطق والكلام وعلماء النفس والأعصاب وغيرهم، وذلك بغية الحصول على أفكار وملاحظات مفيدة في التشخيص. فتغير صوت الطفل، أو رد الفعل عند حصول أصوات أو أوامر مفاجئة، وما قد يتفوه به الطفل من تعبيرات منفردة تقليداً لغيره، وترنمه بلحن ما مع أنه لم يتحدث بكلمة واحدة في حياته، وسلوكه العام أو قدرته العقلية؛ كل هذه ربما توفر أو تهيئ علامات وظواهر على التشخيص الصحيح، فمثلاً ربما ظهر عند فحص العقل أن هناك خللاً في أعصاب المخ لم يكن متوقعاً. وفي النهاية تجمع ملاحظات المختصين في الحالات المشكوك فيها وتفحص وتمحص حتى يمكن الوصول إلى تشخيص صحيح.

وهناك ظروف أخرى تساعد على ظهور الصمم في الأطفال الصغار وهي عبارة عن واحد أو أكثر من العوامل الآتية: -الضعف العقلي- الاضطرابات الانفعالية -خلل في أعصاب المخ- الأفازيا (Aphasia) وهو مرض يؤدي إلى فقد القدرة على التعبير الحركي والحسي، وليس من الغريب أن نجد أطفالاً مصابين قد وضعوا في مؤسسات خاصة بضعاف العقول.

وفي حالة الأطفال الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلمهم الكلام والتفاهم لا يكون التشخيص بمثل هذا التعقيد إذ يمكن للطفل أن يصف علته وأن يتعاون في إجراءات قياس سمعه، وفي البداية يكون تقدير مدى فقد السمع غير دقيق نتيجة لاضطراب الطفل بسبب المفاجأة الجديدة بسبب فقد سمعه فغالباً ما يتخيل مثل هذا الطفل أنه لا يسمع على الإطلاق، ويرجع ذلك إلى عدم تعوده وانعدام محاولته لتسمع الأصوات الضعيفة، بينما يدعي طفل آخر أنه يسمع جيداً ومن ثم يتجاوب مع أي شيء والى كل شيء ولذلك لكي يثبت صحة ادعائه غير أن هذه التخيلات تتلاشى في وقت ما وعندئذ يمكن قياس السمع بدقة تامة، ويمكن كذلك تقرير الطريقة المثلى لتعليم طفل ما وعلى ذلك يعامل كأصم أو كذي سمع ثقيل، وبصرف النظر عن الصعوبات الكثيرة في هذه الناحية فإن تشخيص حالة طفل يبدو أنه أصم لهي من الأهمية والخطورة بمكان حيث إنها تقرر في

مرحلة مبكرة من حياته إذا ما كان أصم أو ثقيل السمع أو مصاباً بعاهة أخرى من نوع آخر أو أنه طفل سليم عادي لكن لديه مشاكل عاطفية خاصة.

عالـم الصـم

إن مختلف التوضيحات والمعاني والإحصاءات الخاصة بالصم ليست كافية لتقريب القارئ من تفهم عالم الصم، ولهذا نعرض تعريفاً عامًّا لهذا العالم على أمل أن يبرز الناحية النفسية بشكل واقعي مفهوم. لنتخيل أن طفلاً ولد أصم في بيئة تتوفر فيها الراحة الجسمانية والأنغام العاطفية فماذا يكون موقفه؟ إن عالم هذا الطفل سيكون خلواً من صوت أمه المدلل أو من أي أصوات تحمله على النوم وكذلك من أصداء الضحك أو عواء القطط أو نباح الكلاب أو تغريد الطيور أو أصوات ضجيج اللعب. كما أنه سيكون خلواً من صوت تصفيق الأيدي أو وقع الأقدام الذي ينبئه أنه محبوب وليس وحيداً، ستضيع فرحته في عالمه الساكن كما ضاعت حرارة العطف والحنان التي هي من مميزات البيئة الحقة. وفي الواقع سيكون عالمه غريباً بارداً قاحلاً من أي معنى لأي صوت يدفعه للشعور أو لتفهم ما يراه. وحينما يكبر هذا الطفل يحملق فيما حوله متسائلاً عن هذه المناظر الساكنة التي تبدو أمامه، وفيما عدا تعود عليه من أشياء ألفها سيظل كل شيء أمامه غامضاً حيث إنه حرم من القدرة على السؤال، وأحياناً ما يعتريه شعور طاغ من الخوف والتذمر لكن بدون جدوى لأن حائط السكون ما زال مطبقاً حوله، وبناء عليه فإن الغريزة الاجتماعية عند الطفل الذي يسمع والذي يستطيع أن يميز صوت أمه تتخذ لها اتجاهاً خاصًّا في تطورها يختلف عنه في حالة الأصم. وغالباً ما تكون البيئة مصدر حيرة أكبر لهذا الطفل بسبب مختلف نواحي النشاط التي يقوم بها أفرادها من ذوي السمع السليم، فهذا الطفل يجد نفسه في حيرة وفي حالة من الغضب نتيجة لعدم قدرة من حوله على فهمه، وكذلك نتيجة لعجزه عن التفاهم معهم.

وهناك أنواع متفاوتة من الشعور المبدئي للأبوين اللذين رزقا بأطفال صم -فهناك مثلاً: الذعر، الشعور بالجرم، والخجل، والشعور باليأس، الرفض والإعراض، وفي حالات كثيرة الحماية المبالغ فيها للطفل، ولكن حينما يتكيف الآباء مع الحالة يكونون قد حققوا نصف النصر في هذه المعركة، غير أنهم في حالات لا حصر لها، يصرون على تحويل الطفل من أصم إلى سامع بواسطة التجائهم اليائس إلى أطباء كثيرين، فإذا ما أخفقوا في هذا المضمار لجأوا إلى تطبيق واستخدام الوسائل والأساليب الموجودة في محيط التعليم الخاص بالصم سواء كان الطفل مستعدًّا أو لم يكن. وهناك أيضاً هؤلاء الأطفال

الذين لا يحصلون على أي عناية من آبائهم الذين يتركونهم للمدرسة تتولاهم حسبما اتفق وكيفما ترى.

وعوامل الشد والجذب والذعر السابقة من جانب الآباء تسبب مزيداً من التعقيد في عالم الصم، كما تهدّد قدرة الطفل على موازنة شخصيته في هذا العالم وحتى في الحالات التي ينظر إلى الشخص فيها كوحدة واحدة، فإن الحسرة من عدم القدرة على التفاهم ربما تشوه السنوات البنائية والتكوينية في حياة الشخص الأصم.

إن لغة التفاهم هي أهم عوائق الأصم، على حين أن التعليم هو منقذه. لكن وسائل التعليم الخاصة لا تستطيع النفاذ خلال السكون والصمت بسرعة كافية حتى تتيح للشخص قدرة عادية للتطور. ولهذا يحصل تأخر كبير في هذا التطور نتيجة لبطء تعلم اللغة. حيث إنه لا يمكن تعليم الأصم تعبيرات جديدة إلاّ إذا كان قد تمكن من التعبيرات القديمة التي تعلمها--فليس هناك اختيار في التعبيرات ولا بد من تخصيص العموميات كما يتحتم الإشارة إلى الصلات والعلاقات، وعلى هذا لا بد لنواح كاملة من التعليم أن تنتظر حتى يكون التلميذ قد تمكن من اللغة بقدر كاف وتعلم منها ألفاظاً وافية. وعندئذ يعتمد كلية على معلمه في تفكيره اللغوي، وربما اتجه تفكيره إلى نواح كثيرة لكن يندر أن يتمكن من التعبير عنها بدون مساعدة أساتذته. وفي حالات كثيرة ينمو هذا الاعتماد الفكري الاضطراري ويصبح عادة تلازم الأصم طول حياته.

وحينما يتم تعليم الكلام بهذه الطريقة المدهشة لا بد للتلميذ الأصم أن يتذكر خواص الصوت والتنفس وكذلك العلاقة الصحيحة بين الفم والأسنان والشفتين وذلك في حالة كل كلمة تعلمها، وعليه عند قراءة حركة الشفتين أن يميز الكلمات والأفكار عند خروجها من شفتي المتكلم وذلك بترجمة الصلة بين حركات الفم والأسنان والشفتين وعليه بعد ذلك أن يخرج منها بمعنى مفهوم. ومن هذا يتضح سبب التأخر في الكفاءة العقلية والتقدم الدراسي خلال مراحل حياة شخص عادي أصم. ويلاحظ أيضاً أن التطور العاطفي للأصم يتأثر كثيراً بعوائق الفهم إذ ان اللغة وتمييز الأصوات يلعبان دوراً هامًّا في التطور العاطفي، ففي أي موقف لا يمكن أن يقوم أي تجاوب عاطفي إلاّ إذا كان هناك إدراك ذهني لهذا الموقف. واللغة هي مفتاح هذا الإدراك الذهني، وعلى ذلك لا بد للأصم أن يحصل على إدراك ذهني كاف لكي يفهم ويتذوق مضمون ومغزى الظواهر الطبيعية والحوادث اليومية والقيم والعلاقات والعادات الاجتماعية البدائية، ولهذا يستحيل على الأصم أن يتفهم روح الدعابة والنكتة التي يعبر عنها بواسطة التعبيرات الصوتية الملتوية ونغماتها.

تلك هي العوامل النفسية والظروف التي تحيط بالأصم. فإدراكه الذهني ونموه العاطفي وتطوره الاجتماعي كلها مرتبطة بعاهته. ويمكن باستخدام وسائل التعليم الخاصة مساعدة الأصم على تنمية إدراكه الذهني والعاطفي وعلى الاتصال الاجتماعي بالعالم الذي حوله، وبرهان نجاح ذلك ملاحظ في مظاهر سلوك الصم الذين بلغوا مرحلة الرجولة.

شخصية الأصم

ما زالت الدراسات المعنية بشخصية الصم، في بدايتها ولم يبتكر سوى اختبار واحد حتى الآن لقياس شخصية الصم، وحتى هذا الاختبار ما زال للأسف مدى استعماله محدوداً، وبسبب هذا الاختبار المحدود في المقاييس اقتصرت الأبحاث المتعلقة بشخصية الصم على الاختبارات التي عملت لاستخدامها على من يسمعون. على أن استعمال الاختبارات الأخيرة قد أثارت مختلف الآراء المتعارضة، فهناك من ينادي أنه بما أن الصم يعيشون في عالم كثرته من السامعين فيجب اختبارهم وقياس شخصياتهم بالاختبارات الخاصة بمن يسمعون. وهناك فريق آخر يعترضون على الافتراض الجائر أن بعض السمات المرتبطة بسلوك الفرد وبتكيفه والتي تنبئ بالنمو الطبيعي بين من يسمعون هي نفس السمات التي تظهر في حالة الصم.

وقياس الشخصية عملية معقدة جدًّا سواء أكان ذلك خاصًّا بالصم أو من يسمعون، حيث إن الشخصية عبارة عن تنظيم كلي لمجموعة كبيرة من العوامل أو القوى الديناميكية والتي يصعب قياسها أو تحديدها بواسطة اختبار واحد، ولهذا فإن معظم ما اصطلح عليه باختبارات الشخصية يقتصر في الواقع على قياس بعض مكوناتها فقط مثل الحالة المزاجية، أو بعض المظاهر الخاصة التي تدل على انبساط أو انطواء أو سمات خلقية نوعية... الخ. تلك هي الحال فيما يختص بالدراسات المقننة لشخصية العاديين والصم أيضاً.

وبناء عليه فالملخصات الآتية لمختلف الأبحاث التي عملت في الخارج عن شخصية الصم تعبر بصفة خاصة عن نواحي «مختارة» للشخصية. وفيما عدا البحث الذي قام به «برنشوج» (Brunschwig) فقد استعمل في جميع الأبحاث الأخرى اختبارات عملت خصيصاً لمن يسمعون – وقد ذكرت خلاصة مختصرة لكل حالة وهي تشير إلى فئة الأشخاص الذين كانوا موضع تجارب البحث ولا تعني التعميم مطلقاً فيما يختص بجمهرة الصم.

١ - أبحاث في النواحي المزاجية :

وجد «ليون»[١] (Lyon) أن النسبة المئوية للأشخاص الصم الذين يوصفون بعدم الاتزان العاطفي أو الذين يحتاجون إلى علاج نفسي تزيد عن ضعف النسبة من بين الطلبة الجدد بالجامعة من نفس السن.

وجـــــــــدت أبحاث «بنتنر» و«فسفلـــــــــد» و«برنشوج»[٢] (Pintner, Fusfeld & Brunschwig) أن حالة عدم الاتزان بين الصم أكثر قليلاً منها بين زملائهم العاديين والصم أكثر انطواء على أنفسهم ولكن بدرجة قليلة أيضاً كما أنهم أقل حبًّا للسيطرة ممن يسمعون.

أما أبحاث «سبرنجر» و«روسلو»[٣] Springer & Roslow والتي قورن فيها الأطفال الصم بالأطفال العاديين من حيث الاتجاهات العصابية. فاتضح أن درجات الأطفال الصم كانت أعلى قليلاً من درجات المجموعة المقارنة.

٢ - أبحاث خاصة بالتكيف العام :

قام برنشوج بمقارنات للنتائج التي حصل عليها الصم ومن يسمعون وكلها أظهرت أن الصم حصلوا في المتوسط على درجات للتكيف أقل ممن يسمعون وكانت الفروق ملحوظة ولها دلالة إحصائية في ست حالات من اثنتي عشرة حالة.

وبينت أبحاث «كيرك» (Kirk) وجود احتمالات كبيرة للمشاكل بين الصم منها بين الأطفال العاديين ممن يسمعون. وقد أكدت الأبحاث التي قام بها كل من (Burchard & Myklebust) هذه النتيجة.

أما سبرنجر (Springer) فلم يجد أي فرق يذكر بين الصم ومن يسمعون. وهذا بالرغم من أنه استعمل نفس الاختبارات والمقاييس التي استعملت في البحثين السابقين.

---

(١) Lyon V.W. "Personality Tests with the Deaf." Am. Annals of the Deaf, 79: 1-4, 1934.

(٢) Pintner, Fusfeld & Brunschwig. Personality Tests of the Deaf Adults. "J. Genetic Psy., 51, 1937".

(٣) Springer N.N. & Roslow, S "A Further Study of the Psychoneurotic Responses of the Deaf & Hearing children. J.E.P., 29, 1938.

٣ - أبحاث عن النضج الاجتماعي Social Maturity :

أظهرت أبحاث «برادواي»[1] (Bradway) أن النضج الاجتماعي للصم أقل ممن يسمعون بنسبة ٢٠٪ وذلك في جميع فئات الأعمار التي عملت عليها الأبحاث.

وقد أكدت أبحاث أخرى كثيرة نفس هذه النتائج.

أما أبحاث «كيرك» (Kirk) فقد بينت أن النضج الاجتماعي للصم عادي بمقارنته بالنضج الاجتماعي لمن يسمعون، وذلك بالرغم من أنهم استعملوا نفس الاختبارات التي استعملت في البحثين السابقين.

ويبدو من الأبحاث المتقدمة أن الصم أقل تكيفاً ممن يسمعون سواء أكان ذلك بين الأطفال أم الكبار، أما درجة عدم التكيف فتختلف من بحث إلى آخر ولا يمكن الجزم بصحة هذه الاستنتاجات، حيث إن الاختبارات التي استعملت في الأبحاث المتعلقة بها ما زالت مثار بحث وجدل، كما أن هذه الاختبارات ما زالت بعيدة عن أن تدلنا بصفة قاطعة على الخصال والعوامل التي تكوّن الشخصية العادية للأصم أو عما إذا كانت هناك بالتأكيد شخصية ذات طابع خاص للأصم.

وهناك أبحاث أخرىْ عن الصم استعملت فيها أساليب مختلفة، وأحد هذه الأبحاث قامت بها ليفين مستعملة اختبار بقع الحبر لرورشاخ Rorschach وقد بينت النتائج العامة وجود شخصية قائمة بذاتها متشابهة مع الشخصية التي تتميز بها المجموعة كوحدة واحدة وهي غير مألوفة أو متوقعة في العادة بين نظرائهم ممن يسمعون. وقد تميز الصم بالصلابة والانقباض وعدم النضج العاطفي، وكانت هذه هي النقط الأساسية التي تتميز بها مجموعة الصم التي أجريت عليها التجارب كوحدة.

وإن مثل هذه المميزات إذا لوحظت على شخص عادى فإنه يعتبر من الشواذ ولكن يضاف هنا أن مجموعة من الأخصائيين (من الصم وممن يسمعون) ممن يعرفون الأشخاص موضع الدراسة لعدد كبير من السنين قررت أن تكيفهم الاجتماعي «عادي» فهل من الإنصاف إذن أن نعتبر هذه الظواهر الخاصة بمثل هذه المجموعة ظواهر شاذة وغير عادية بسبب أنها تختلف عما هو معهود في مجموعة مماثلة لها ممن يسمعون؟.

إن ذلك لن يكون من الإنصاف في شيء. ويستحسن لغرض التسمية استعمال تعبير

---

(١) Bradway, K.P.: "The Social Competence of Deaf Children". Am. Annals of the Deaf, 82, 1937.

«تأخر النمو» حيث سيؤدي معنى أدق من «عدم النضج»؛ فعدم النضج العاطفي أصبح يرتبط بحالة العصاب، بينما تأخر النمو يوحي بأن النقص الأساسي ينحصر في محيط التعليم. وعليه فإن تأخر النمو خاصية متوقعة نتيجة لقلة فرص التعليم للصم، ومن ثم لا يعتبر انحرافاً عن العادي، وقبل أن نقرر أو نعرف الانحراف بين الصم، يجب أولاً أن نحدّد من هو العادي أو الطبيعي بين فئات الصم في مختلف الأعمار.

أوضح البحث القائم على اختبار رورشاخ أن تأخر النمو في مدارك وانفعالات الصم يعتبر شيئاً عادياً تتميز به فئة معينة، وبالرغم من مساوىء ذلك، فإن له وظيفة هامة هي حماية «الأنا» من آثار سيول جارفة من الشد والجذب والحسرة ومختلف الأعباء التي ينتجها الصمم. فإذا ما اختلف الصم عمن يسمعون في هذا المضمار فهذا بسبب أنه يتعين على الصم سلوك طريق متعرج طويل صعب لتحقيق مآربهم. ولهذا يمكن استعمال تعبير غير العادي أو الشذوذ ليعبر عما تقدم وليس عن نوع الشخصية الذي ساعد هذه المجموعة على أن تتغلب بنجاح على المشاكل والعوائق الناتجة عن الصمم. ومن المعروف مع ذلك أن تكوين الشخصية بهذه الكيفية يعتبر أداة ضعيفة للتغلب على مشاكل الحياة المستقبلة بطريقة استقلالية ترضينا، أما عن كيفية تقويتها وتنميتها فهذه مشكلة للبحث.

مدى التقدم التعليمي

لا يحسبن أحد أن العوامل المختلفة مثل الذكاء، والتقدم التعليمي والتكيف العاطفي هي عوامل تؤدي وظيفتها منفردة في التأثير على سلوك الانسان، وذلك استنتاج من أن الاختبارات السيكولوجية الخاصة بكل منها تؤدى على حدة؛ إن هذه الاختبارات تؤدى على حدة لأغراض السهولة فقط، غير أن العوامل السابقة تؤدي مهمتها مجتمعة وتتفاعل بعضها مع بعض بشكل ظاهر ملحوظ وبالأخص في حالات الصم. وينجلي ذلك بالنسبة للعلاقة بين الذكاء والقدرة على التقدم التعليمي.

وليس هناك من سبب يدعو إلى الاعتقاد أن الاستعدادات العقلية في الصم كانت أقل في الماضي عما هي في الوقت الحاضر، غير أنها، في الماضي كانت محرومة إلى حد كبير من التنمية بسبب انعدام الفرص التعليمية وحسب ما ذكره البعض أن الشخص «الأصم-الأبكم الذي لم يتعلم لغة التفاهم سواء بالإشارة بأصابعه أو بالقراءة، لا يستطيع أن يستمر في بناء وتسلسل أفكاره بتعقل أكثر مما يستطيع شخص متوحش (وستتبين من سؤال شخص «أصم-أبكم» في سن الكبر وتعلم لغة التفاهم، أنه لم يخطر بباله أي سلسلة من الأفكار المنطقية قبل أن يتعلم).

وحينما أصبح تعليم الصم حقيقة شائعة ومقبولة اتضح أن هناك فروقاً في مستويات الذكاء مما أثار مختلف الصعوبات في تعليمهم ، فضلاً عن الفروق في مستوى ذكائهم عند تخرجهم من مدارسهم إذا ما قورنوا بمستوى من يسمعون من أفراد المجتمع الذين سيندمجون فيه — وقد حاول « بنتنر » و « باترسون »(Pintner & Patterson) في سنة ١٩١٥ الإجابة عن ذلك باستخدام اختبار بينيه سيمون للذكاء.
The Goddard Revision of the Binet-Simon Intelligence Scale.
ولكن بما أن هذا الاختبار خاص بمن يسمعون وكان يعتمد على السؤال والإجابة الشفهية فإنه كان غير مناسب للصم الذين يجهلون أسئلة الاختبار أو تخيل مواقفه الصعبة ، وعلى هذا استنتج الباحثان أن اختبارات الذكاء الشفوية عموماً لا يمكن استخدامها للصم.

ومنذ ذلك الوقت أجريت جميع الأبحاث على ذكاء الصم بواسطة اختبارات عملية (Performance tests) واختبارات أخرى غير لفظية ومع ذلك كانت النتائج متناقضة ، فقد قرر عدد كبير من الباحثين ومنهم بنتنر وباترسون وليون وغيرهم أن مستوى ذكاء الصم يقل عن مستوى ذكاء من يستمعون بحوالى عشر إلى خمس عشرة نقطة، على حين أنه لم يظهر أي فرق من الأبحاث التي أجراها فريق آخر من الباحثين ومنهم كولنز ودريفر ، وسبرنجر ، وجودانف وغيرهم. على أنه في بعض الحالات تتناقض النتائج حتى في استعمال نفس نوع الاختبار.

وبما أن الأبحاث التي أجريت حتى الآن مركزة في قياس مدى الذكاء الحسي لا المعنوي ، فإن مجال البحث في الأخير ما زال بكراً ولهذا بذلت (إدنا ليفين) محاولات في تفهمه واختباره واختارت كذلك ما اعتقدت أنه أنسب الاختبارات وهو اختبار «وكسلر بلّفيون» (Wechsler-Bellevue Scale).

وكانت النتائج العامة أن لمن يسمعون تفوقاً ملحوظاً على الصم في محيط الذكاء (المعنوي) وأنه ليس هناك فرق بينهم في الذكاء العملي. وبالنظر إلى نتائج جميع هذه الأبحاث نجد أنها وصلت إلى أنه ليس هناك فرق كبير في ناحية الذكاء بين الصم كمجموعة وبين من يسمعون من الأشخاص العاديين ، بل إنهم يقعون في نفس المستوى ، على أنه يحسن عمل أبحاث جديدة لتبيان نواحي ومدى التفكير والذكاء بين الصم بطريقة أوضح.

أما من ناحية التقدم التعليمي للصم فقد بينت جميع الأبحاث أنهم متأخرون في هذا المضمار بشكل كبير وبمتوسط ثلاث سنوات إلى أربع سنوات، على أن هذا الفرق

يتضاءل قليلاً بالنسبة للحالات المختارة من الصم في المدارس النهارية وكذلك بالنسبة لمن أصيبوا بالصمم بعد سن ست سنوات ويرجع ذلك إلى بطء تعلم الصم للغة التفاهم مما يتعذر معه أن يحصلوا على نفس المقدار العلمي الذي يحصل عليه التلميذ العادي، ونتيجة ذلك أنه ليس هناك كبير فرق بين التقدم التعليمي للاثنين فحسب، بل هناك فرق بين القدرات العقلية الفعلية للأصم ومقدار تحصيله الدراسي، ومع ذلك يحتمل أن تتضاءل هذه الفروق وتقل بالاستمرار والمداومة على تعليم الصم بعد ترك مدارسهم.

الفروق الفردية بين الصم

إن فئة الصم هي فئة غير متجانسة يختلف أفرادها كثيراً بعضهم عن بعض كما هو الحال في فئات الذين يسمعون، بل ربما كانت الفروق في فئة الصم درجتها أكبر. فمن أول وهلة نلاحظ أن الفروق الخاصة بمن يسمعون موجودة في الصم ومنها: العوامل الصحية وكذلك العاهات الجسمية، والمواهب العقلية والكفاءات الخاصة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، والآثار العامة للمنزل وكذلك الفرص الموجودة لتقدم الشخص؛ غير أن هناك أسباباً أخرى لعدم التجانس بين الصم، وما يتضمنه ذلك من فوارق «نفسية - تعليمية» - وتشمل هذه الأسباب:

١ - السن عند حصول الصمم ومدى الخبرات السماعية له.
٢ - مدى فقدان السمع.
٣ - السن عند بدء الالتحاق بالمدرسة.
٤ - أنواع المدارس التي التحق بها الأصم ووسائل التعليم المستخدمة بها.
٥ - مدى المواظبة على الدراسة ومدى ونوع التدريب المهني الذي حصل عليه الأصم.
٦ - أنواع وسائل التفاهم التي استخدمت مع الآخرين من الصم وكذلك مع من يسمعون.
٧ - جدوى اتصالات التفاهم بين الأصم وبين عالمه بما في ذلك أفراد أسرته.
٨ - وجود أفراد آخرين مصابين بلاصمم في اسرته.
٩ - نوع وعدد الفرص الاجتماعية الموجودة.
١٠ - شعور الأسرة العاطفي نحو الأصم وأثر ذلك عليه.

وبما أن كثيراً من هذه العوامل تتصل بتعليم الأصم فإننا سنناقش تفصيلاً بعض النواحي الخاصة بهذه العوامل لتبيان علاقتها بعدم التجانس بين طائفة الصم. وبسبب، صغره فإن محيط الصم يعتبر فريداً في عدم تناسقه بالنسبة إلى مختلف أساليب التعليم المستعملة-وتتركز المناقشة في عدم تناسقه بالنسبة إلى مختلف أساليب التعليم المستعملة-وتتركز المناقشة حول (١) أنسب أنواع المدارس التي تني بحاجات الطفل الأصم، (٢) أنسب وسيلة للتعليم. وثمة خلاف بين من يرون أن المدرسة الداخلية هي الأحسن وفاء للحاجات الفريدة اللازمة للطفل الأصم من الناحية التعليمية والاجتماعية وبين هؤلاء الذين يرون أن أنسب مكان للأطفـــال بمن فيهم الصم هو بين الاسرة حيث إن المدارس الداخلية مصدر خطر كبير عليهم.

والوسائل التعليمية المستخدمة للصم هي:

١ - الطريقة الشفهية والأساس فيها هو الكلام وقراءته أي قراءة حركة الشفتين.

٢ - طريقة تعليم الحروف الهجائية يدويًّا والأساس فيها هو تعليم الكتابة وهجاء الجمل.

٣ - الطريقة اليدوية وفيها يتعلم الطالب اللغة الرمزية للتعبير عن أفكاره بدون الالتجاء الى تحريك أو عمل إشارات والتعبير الشفهي وهذا بالاضافة إلى تعلمه الحروف الهجائية اليدوية.

٤ - الطريقة الأذنية (لبعض الحالات فقط) وتعمل على تنمية سمع الطالب لأقصى درجة ممكنة بواسطة التمرين، ويعتمد التعليم فيها على الكلام والسمع والكتابة.

٥ - الطريقة المختلفة، ولا يتبع فيها طريقة خاصة بذاتها بل تستخدم أي طريقة أكثر تناسباً مع احتياجات الطالب.

وسبب آخر لعدم التناسق بين الصم هو السن التي بدأ فيها الالتحاق بالمدرسة ومدة المواظبة على الدراسة، ويتوقف هذان العاملان المتغيران جزئيًّا على جدوى قوانين التعليم الإجبارية الخاصة بالصم في كل دولة، وكذلك على رغبة الأسرة، وعلى ميل الطالب إلى الدراسة فضلاً عن أن سن ترك المدرسة متغيرة كذلك، ولذلك نجد بين الصم من يلتحق بالمدرسة في سن الحضانة ومنهم من يلتحق في مرحلة الطفولة المتأخرة أي سن ٨ أو ١٠ أو ١٢ سنة كما أن هناك من يلتحقون في سن الرجولة وبينهم أيضاً من لا يلتحقون بالمدرسة إطلاقاً، وهناك من يستمرون في الدراسة إلى آخر مراحلها لمدة ١٢ سنة تقريباً ومن يستمرون لمدة سنتين فقط أو لمدة سنة أو ما يقرب منها للحصول على بعض التدريب

المهني، وكما أن هناك نسبة ضئيلة تستمر في التعليم حتى مرحلة الجامعة والمعاهد العليا.

وبدراسة أثر هذه العوامل المتغيرة على تناسق طائفة الصم الكبار نجد أن هذه الطائفة تتكون من :

- من يتكلمون ويقرأون حركة الشفاه.
- من يتكلمون ولا يستطيعون قراءة حركة الشفتين.
- من يقرأون حركة الشفتين لكنهم لا يستطيعون الكلام بطلاقة.

من لا يستطيعون الكلام أو قراءة حركة الشفتين.

زد على هذا أن هناك صمّاً يتحدثون بالاشارة أو بواسطة الهجاء على الأصابع، ومنهم من بلغوا درجة ممتازة في اللغة، ومنهم كذلك من لم يحصلوا على معلومات لغوية كافية تهيئ لهم قراءة ابسط الكتب أو تكوين اسهل الجمل. وهناك كذلك بعض الصم الذين اقتصرت صلتهم بأسرهم خلال فترة دراستهم على زيارات آخر الأسبوع أو أيام العطلة المدرسية وهناك آخرون كانت صلتهم بأسرهم متقاربة ووطيدة، وهناك آخرون انعدمت صلتهم بأي صم آخرين نتيجة لضغط الأسرة أو انعدام الظروف المناسبة أو باختيارهم، كما أن هناك من لديهم تجارب كافية في الحياة الاجتماعية مع الصم ومع من يسمعون. وهناك من لا يستطيعون التفاهم المجدي مع افراد اسرهم وآخرون لا يستطيعون التفاهم مع غيرهم من الصم، ثم ان هناك المصاب باضطراب عاطفي وذا العواطف الطبيعية، وهناك صم حذقوا جميع أنواع التفاهم وآخرون لا يحذقون شيئاً من هذه الطرق. وفيما بين هذه المفارقات يوجد كثير من الكفاءات ودرجات المهارة متحدة مع بعضها تحير مشاهديها بل تحير أحياناً كثيراً من الاخصائيين في تأهيل الصم أنفسهم.

وحالة عدم التجانس هذه بين جمهور الصم تجعل تأهيلهم يتخذ الطابع الفردي بشكل ملحوظ؛ اذ يجري تحليل وتقدير كل حالة في ضوء العوامل المتغيرة الخاصة بها وآثار هذه العوامل التي تنعكس على الرجل الأصم (بحالته النهائية)؛ وعن طريق تفهم العلاقة بين هذه المؤثرات وبين احتياجات الأصم واستعداداته وكفاءاته وخبراته يمكن تقدير عاهته تقديراً صحيحاً ورسم الوسائل اللازمة لتأهيله بشكل فعال.

أبحاث سيكولوجية

هناك نقط كثيرة خاصة بالصم كانت مثار البحث والتساؤل منها مثلاً:

– ما هي آثار هذا النوع غير العادي من الحرمان على النمو العقلي للصم وعلى قدرتهم على التفكير والتعليم وكذلك على تكيفهم الاجتماعي؟.

– هل هناك أي فرق بين «سيكولوجية» الأصم ومن يسمع؟.

– وهل هناك سمات خاصة تتميز بها شخصية الأصم وتؤثر على سلوكه؟.

– ما مدى تعويض التعليم للنقص النفسي – الاجتماعي المترتب على الصمم؟

– ما مركز الصم في المجتمع؟

إلى غير ذلك من الأسئلة التي اختلفت عليها الردود.

آراء الفقهاء: ان المحاولات الأولى التي قام بها الفلاسفة والعلماء ومعلمو الصم للاجابة عن الأسئلة السابقة كانت مبنية على ملاحظاتهم وتجاربهم واستنتاجاتهم الشخصية، وكان كل منهم يلاحظ ظاهرة الصمم من زاوية تختلف عن الزاوية التي يستعملها زميل آخر له لدراسة نفس الظاهرة، وكانت نتيجة ذلك أن تباينت أفكارهم واختلفت كثيراً، والى الآن لم يطرأ على هذا الموقف سوى تقدم طفيف. وقد تعرضنا ضمن ما سبق للأفكار المتباينة المتعلقة بمختلف انواع المدارس الخاصة بالصم كما تعرضنا كذلك لأساليب تعليمهم، وسنسرد فيما يلي نماذج متناقضة لآراء بعض الفقهاء عن النواحي السيكولوجية للصم والتي اوردها «برنشوج»(١):

(١) افكار متناقضة عن النواحي المزاجية: «والاعتقاد السائد الغالب هو أن «الصم – البكم» أميل إلى الشر بطبيعتهم أكثر ممن يسمعون، ويقال انهم حقودون وعنيدون متمردون لا يطاقون كما انهم خبيثون سريعو الاستفزاز والغيظ وكثيروا الشك إلى غير ذلك» (Druschba,1913) «ان الصم قوم طروبون يحبون الفرح والانشراح ويتأثرون بنفس العواطف التي يتأثر بها غيرهم من البشر، ويتجاوبون بنفس النسبة مع احساسات الحياة المختلفة، كما انهم ليسوا طائفة من المرضى والكسالى والبوهيميين كما هو شائع عنهم Best, 1914.

---

(١) Brunschwig, L., "A Study of Some Personality Aspects of the Deaf Children". Contribs to Ed. No.687, N.Y., T.C., Colum, 1936.

(٢) آراء متناقضة عن الشخصية ومدى التكيف: «ان العيوب السمعية تتسبب دائماً في اثر عكسي على تصرفات الفرد وما ينطوي وراءها من شخصية (Biffl & Freunthaller, 1929) «لقد لاحظت قلة نسبية في عدد حالات امراض العقل بين الكبار، وهذا يوضح التوازن العقلي الممتاز الذي يتمتعون به ويحافظون عليه» Wile, 1933 .

(٣) آراء متناقضة عن النواحي الانفعالية: «يبدو أن هناك اتفاقاً عاماً على أن الأطفال الصم بلداء مترهلون ولا شعور عندهم اذا قورنوا بمن يسمعون من الأطفال العاديين» (National Research Council, 1929) «على العكس من آراء الذين يجهلون هذه الفئة من ذوي العاهات فان الصم البكم مجموعة سعيدة مبتهجة -- وفي رأيي أن ذلك يرجع إلى اصابة معظم الصم - البكم حصلت في مرحلة مبكرة بسبب امراض الطفولة، ولهذا فانهم لا يقدرون اهمية ما فقدوا» (Curtis, 1931).

(٤) آراء متناقضة عن العلاقات الخارجية: «يشعر الصم حينما يكونون بين من يسمعون انهم في غير مكانهم تماماً كما يشعر من يسمعون وهم بين الصم، وربما كان الصم في معزل أكثر من العميان» (Kaercher, 1933)، «ليس الصم بطبقة تعيش في معزل عن العالم، فهم يعملون جنباً إلى جنب مع من يسمعون من الأشخاص العاديين من الرجال أو النساء في المكاتب والحوانيت والمصانع كما أن لهم اصدقاء حميمين بينهم» (Smith et al, 1929).

(٥) آراء متناقضـــة عن الفرق بين سيكولوجية الأصم والشخص الذي يسمع: «ان القول ان الأصم شخص غير عادي لا يحتاج إلى برهان أو دليل، فانحرافاته عن المعتاد تلاحظ في جسمه وفي عقله وفي عواطفه كذلك (Lowry, 1912) «ان التفكير وطرق الاستنتاج عند الأصم وكذلك اساليب تعبيرهم هي نفس الطرق والاساليب الخاصة بمن يسمعون» (Gallandet, 1910).

واننا نجد في ثنايا هذه الآراء المتناقضة اتفاقاً على امكان تعليم الصم وذلك بالرغم من وجود اختلاف في الطريقة وكذلك نجد اتفاقاً على تأخر التعليم نتيجة لحالة الصم.

الاختبارات السيكولوجية: ان احد الاغراض الهامة للاختبارات السيكولوجية المقننة هو التخلص من الاعتبارات الذاتية والتحيز الفردي عند تقدير مختلف نواحي السلوك وعلى ذلك استخدمت هذه المقاييس في ميدان الصم على امل انها الوسيلة التي ستقلل الفروق

بين مختلف الآراء المتناقضة. الا ان ذلك لم يتم حيث ان الاختبارات السيكولوجية نفسها لم تبرهن على كمال ادائها ازاء المشاكل المعقدة المتعلقة بالصم، ويلاحظ ان تعميم الاجراءات لم يطبق إلاّ حديثاً نسبيًّا في محيط الصم وان الابحاث التي عملت والتي ذكرنا بعضاً منها كانت في معظم الحالات دراسات أولية في هذه المنطقة السيكولوجية المجهولة–ويلزم القيام بمزيد من الأبحاث في هذا المضمار.

المراجـــع

1. Berry, G.: *"Deafness in the United States"*. The Volta Review, Vol. 40, No. 2, 1938.
2. Best. H.: *Deafness & the Deaf in the U.S.*, N.Y., 1943.
3. Levine, Edna Simon: Psycho-educational Study of Children Born Deaf. "Am J. of Diseases. Vol. 81, 1951.
4. Lyon, V.W.: *Personality Tests with the Deaf."* Am. Annals of the Deaf, 79, 1934.
5. Pintner, Fusfeld & Brunschwig: *"Personality Tests of Deaf Adults."* J. Genetic Psy., 51, 1937.
6. Springer N.N. & Roslow, S.: *"A Further Study of the Psychoneurotic Responses of the Deaf and Hearing Children"*. J.E.P., 29, 1938.
7. Bradway, K.P.: *"The Social Competence of the Deaf Children."* Am. Annals of the Deaf, 82, 1937.
8. Brunschwig, L.: *"A Study of Some Personality Aspects of the Deaf Children."* Contribs to Ed. No. 687, N.Y., T.C., 1936.

الفصل الرابع

سيكولوجية ثقيل السمع

مقدمة :

ثقيلو السمع ينتشرون بيننا بكثرة في الوظائف وفي المصانع وفي المدارس. ولا نميزهم بسهولة، فالواحد منهم يخفي حالته عمن حوله، فلا يتم التفاهم على احسن وجه، ويترتب على ذلك مشاكل عدة في كثير من الاحيان. وثقل السمع على درجات، أي أن نسبة ما يتبقى لدى الشخص من القدرة على السمع تختلف من فرد الى آخر.

ويبدو أن الاستعمالات الشائعة للفظ تختلف باختلاف السن، فمثلاً عندما يتراسل الآباء مع مدارس الصم طالبين نصائحهم التعليمية، فانهم يصفون أولادهم الصم على انهم (ثقيلو السمع)، وانهم لا يتكلمون الا انهم يتجاوبون مع الأصوات البيئية العالية ذات التردد المنخفض فبالنسبة للآباء يسهل عليهم استعمال لفظ (ثقيلي السمع) أكثر من استعمال لفظ (الصم).

وعند فقد السمع بشكل تدريجي في الكبار، وبالرغم من تمكن المريض من اللغة أو استعماله للادوات السمعية المساعدة، جرت العادة على الاشارة عليهم بالصم، وحتى عندما يخفق شخص يسمع بشكل عادي في تفهم عبارة أو معنى غالباً ما يوجه اليه الناس هذا السؤال التهكمي : ماذا دهاك؟ هل انت اصم؟ والملاحظات السابقة تنصب على الاطفال والكبار ممن تعلموا اللغة والكلام بالطريق العادي، أي بواسطة السمع، حتى ولو كان فيه نقص، غير أنه يظهر عائق كبير اذا اخفقت ادوات السمع المساعدة في تمكين الشخص من السمع بشكل مرض في المواقف الاجتماعية العادية.

ولقد قام الاخصائيون في المساعدات الصوتية والسمعية التابعون لمجلس الجمعية الطبية الأمريكية بعمل جدول يمكن بواسطته حساب النسبة المئوية لفقد السمع ، ويقول ديفيز : (1)

انه لا يمكن الحصول على نتائج مؤكدة لأي شيء معنوي ومعقد مثل النسبة المئوية لفقد السمع أو (الكفاية الاجتماعية) حيث ان القواعد ستظل اجتهادية ولن تنطبق تماماً على جميع الحالات.

وقد قدر سلفرمان (Silverman) عدد الأطفال المصابين بخلل سمعي في مدارس الولايات المتحدة بمليون ونصف أو مليونين من الأطفال. ولهذا مغزى خطير حيث انه يعني أن ٥٪ من مجموع المواطنين الكبار في المستقبل سيكونون من ذوي النقص السمعي ، وان هذا النقص سيستلزم علاجهم بشكل أو بآخر.

ومن العسير تقدير عدد ثقيلي السمع الكبار ، حيث إن كثيرين منهم لا يسعون للعلاج ، غير أن احد التقديرات أوضح ان عددهم في الولايات المتحدة حوالى خمسة ملايين كما أوضح تقدير آخر أن عددهم حوالى خمسة عشر مليوناً ، ومما لا شك فيه أن هذا العدد الضخم تتبعه مشاكل كثيرة يجب الاهتمام بها.

اختبارات السمع

يتم التعرف على ثقل سمع الطفل بواسطة والديه أو مدرسيه أو اصدقائه نتيجة لعدم انتباهه أو تجاوبه للأسئلة أو الأوامر ، ويجب حينئذ احالته على الطبيب ، أو على اخصائي الأذن أو على عيادة الصم. ويمكن التعرف على فقد السمع عند عمل الاختبارات العادية للصحة العامة في المدرسة ، ولكي يمكن التعرف بسرعة على فقد السمع يستعمل بعض الناس اساليب الكلام والهمس ، قرقعة العملة ، أو دقات الساعة ، على أن أكثر الاختبارات شيوعاً هو مقياس الفونوغراف الفردي أو الجماعي ، ويمكن بواسطته اختبار ما يزيد على اربعين طفلاً في وقت واحد باستعمال اربعين سماعة متوازية ، فمثلاً تسجل كلمات (الأعداد المكونة من رقمين) على اسطوانة مرات متلاحقة تقل الكثافة في كل منها على سابقتها. ولكي يمكن اختبار الأطفال بهذه الطريقة تلزم معرفتهم كتابة الأعداد المكونة من رقمين على ورقة التسجيل. ويكون الدليل هو مدى ارتفاع الصوت الذي سمع به آخر مرة عددين من اربعة كل منها مكون من رقمين.

---

(1) Davis, H.: Hearing & Deafness. Ch.6, Murray Hill Books, N.Y. 1947.

واختبار آخر هو استعمال طريقة تسمى الأصوات المتكررة ، وفيها يضبط قرص الكثافة بمقياس الصوت عند درجة في محيط الاذن العادية ثم يتعرض الطفل بسرعة لسماع الأصوات المختلفة في الارتفاع وذلك على فقرات كل منها تتكون من ثماني درجات . فاذا ما ظهر نتيجة لهذا الاختبار ان الطفل اخفق في تمييز نوعين من الأصوات أو اذا ظهر نتيجة لاختبار الفونوغراف أن الطفل فقد اثني عشرة درجة أو أكثر ، فيجب احالته على اخصائي للأذن أو على عيادة الصم لعمل فحص دقيق ، ويجب اخبار الوالدين بالنتيجة وبأنه يلزم عمل اختبارات اخرى لتأكيد هذه النتيجة ، وكذلك اقتراح العلاج اللازم .

ويمكن اختبار «عتبة» الكلام (Threshold) أو فقدان السمع وبالتالي الكلام بواسطة كلمات أو جمل ، وليس اختيار الكلمات عند تكوين الاختبارات بالشيء السهل ، فقائمة منها تتكون مثلاً من كلمات متشابهة (ككلمات تتكون كل منها من جزأين يعطي كل جزء منها نفس التأكيد في النطق لما يعطي للجزء المقابل له في الكلمات الاخرى ، مثل فندق ، معهد) ، وقائمة اخرى (اشير اليها سابقاً) تتكون من اعداد تتكون من رقمين ، وقد سجلت قوائم كثيرة على اسطوانات فونوغرافية كان مستوى كثافة الصوت اضعف في كل منها عن سابقتها ، واختبارات الصوت والكلام المذكورة مصممة لقياس مدى فقدان حدة السمع ، وهي تفترض انه كلما ارتفع مستوى الصوت ، امكن لثقيل السمع أن يفهم مضمونها .

والشيء الذي يتحتم معرفته عن سمع شخص ما هو امكانه متابعة الحديث العادي ، ومدى كفاية سمعه للأغراض الاجتماعية . ولقياس قدرة شخص ما على تمييز الكلام ، يجرى عليه اختبار مكون من كلمات من ذوات المقطع الواحد ، ويكون الاختبار مسجلاً على اسطوانات . فاذا قرئت هذه الكلمات بكثافات متعددة فان النتائج ترسم على شكل حرف S منحنية وتكون اقصى درجة انحدارها عند المنتصف أو بعده بقليل ، فيكون الشكل مشابهاً للهضبة ، أما اذا قرئت الكلمات في مستوى العتبة العادية فلن يفهم منها كلمة واحدة ، أما اذا كانت حدة النطق بالكلمات تزيد بثلاث وثلاثين نقطة عن المستوى الاساسي ، فان السمع يميز خمسين في المئة من الكلمات بنجاح ، وعندئذ تكون هضبة المنحنى البياني عند نسبة ١٠٠٪ من الكلمات التي يمكن تمييزها بنجاح تحت ظروف السمع المناسبة . وعلى ذلك فالرجل المصاب بصمم النغمات العالية لا يسمع اصواتاً من نوع خاص ، ويخفق دائماً في الحصول على درجات كاملة عند عمل المنحنى البياني . وهذا النوع من ثقيلي السمع هو من يقول (يمكنني أن اسمعك لكنني لا اميز ما تقول) . انه يعترض على كل من يصرخ عليه ويتهم الناس كلهم بأنهم لا يتكلمون بوضوح ، ومهما

ادخل على الكلام من تحسينات أو توضيحات، فلا مفر من عدم سماع بعض الكلمات أو فهمها حيث إن وسيلة الاستقبال ضعيفة. ويبدو أن نقطة التحول في الكفاية الاجتماعية تحصل عندما يكون فقد السمع عن الكلام عند درجة ٣٥ في الأذن الأقوى وفي هذه الحالة يمكن للشخص أن يتابع حياته بشكل مرض في خمسين في المائة من الحالات.

شخصية ثقيل السمع

عملت عدة ابحاث عن اثر فقد جزء من السمع على شخصية الأطفال والكبار، وذلك بغية معرفة ما اذا كان هناك فروق ناتجة عن فقد السمع ويتميز بها ثقيلو السمع كمجموعة. وغالباً ما يعمم بعض الناس في تعبيراتهم عن ثقيلي السمع تبعاً لتجاربهم مع فرد واحد منهم. وربما اوحى ذلك أن ثقيلي السمع لهم خصال وتصرفات غير مقبولة، والواقع أن هؤلاء الناس هم كغيرهم من الأشخاص العاديين نجد بين افرادهم فروقاً متفاوتة في التصرفات والخصال، وسنقوم اولاً بالمقارنة بين طفل ثقيل السمع وآخر سليم، وقد قام «مادن»[1] Madden بعمل اختبار مدرج ليستعمله المدرسون، وطبق الاختبار على مجموعة من ثقيلي السمع ومجموعة أخرى للعاديين توازيها من حيث الذكاء والسن والجنس والعنصر. وقد اتضح انه لا توجد فروق بين الطائفتين في مجال الانتباه والطاعة والتصرف الاجتماعي، الا أن ثقيلي السمع ربما كانوا أقل في القدرة على القيادة، واقل ميلاً لاستعمال العنف وأكثر خجلاً، وعلى ذلك فان هذه الاستنتاجات لا تتفق مع التقارير العادية التي ظهر منها قلة انتباه ثقيلي السمع وكثرة تأملاتهم النهارية (احلام اليقظة).

كما قام «هاب»[2] (Habbe) بعمل بحث مستفيض عن حالة ٤٨ من الأولاد ثقيلي السمع وفي سن المراهقة وقارن النتائج التي حصل عليها كل منهم بنتائج ولد آخر سليم السمع من نفس الفصل والمدرسة، ويلاحظ أن مقدار فقد السمع لدى الفئة الأولى كانت بنسبة ١٥ نقطة في كل من الأذنين. واستعملت في قياس الشخصية مقاييس مختلفة منها اختبار التكيف لسيموند (Symonds Adjustment Questionnaire) ومنها مقـاييس هـاجرتي وأوسلون وويكمـان المتـدرج للسلوك The Haggerty-Oslon-Wickman Behavior Rating Scale، وكذلك نموذج لتاريخ حياة الشخص قام بعمله «هاب» (Habbe) وعلى أساس نتائج هذه الاختبارات قابل

(١) Madden, R.: The School Status of the Hard-of-Hearing Child. Contribs to Ed., No.499., Columbia U., T.C., 1931.

(٢) Habbe, S.: Personality Adjustments of Adolescent Boys with Impaired Hearing. Contribs to Ed., No.697., Columbia U., T.C., 1936.

هاب العشرة الذين حصلوا على اعظم قسط من التكيف الاجتماعي وكذلك العشرة الذين حصلوا على اقل قسط من التكيف الاجتماعي واتضح بعد ذلك أنه ليس هناك فروق تذكر بين الطائفتين فيما عدا أن ثقيلي السمع كانوا أكثر انطواء على انفسهم وأكثر تسليماً بالواقع . وعلى ذلك انتهى هاب إلى انه اذا كان تكيف ولد ما في حياته جيداً بصفة عامة يصبح في امكانه أن يتغلب على ما يصادفه من مشاكل بسيطة .

وقد طبق «كيرك»[1] (Kirk) في سنة ١٩٣٨ اختبار (Haggerty-Oslon Wickman) على ١١٢ من الأطفال الصم وثقيلي السمع بدون تعريف مدى فقد السمع أو اخذه في الاعتبار واستنتج أنه لا يوجد أي فرق بين طائفتي الصم وثقيلي السمع فلدى كل منهما احتمالات كبيرة لحصول مشاكل متصلة بتصرفاتهم أو عواطفهم .

وفي سنة ١٩٤٠ استعمل «بنتنر»[2] (Pintner) اختبار اشكال التلاميذ (Pupil Portraits) لمقارنة ١٣٩٧ من الأطفال ثقيلي السمع ب ١٦٠٤ من الأطفال العاديين الذين يسمعون ، وكان جميع الأطفال من الفصول الدراسية بين الخامسة والثامنة ، ولقد ظهر من هذا البحث أنه كلما ارتفعت الدرجات في الاختبار كان ذلك علامة على زيادة القدرة على التكيف الاجتماعي ، وكان متوسط الدرجات التي حصل عليها ثقيلو السمع اقل قليلاً من المتوسط الذي حصل عليه زملاؤهم ممن يسمعون . وكان هذا الفرق جلياً في حالة الأولاد ، لكنه لم يكن كذلك في حالة البنات ، أما المصابون بثقل السمع بشكل خطير فقد اظهر انهم غير متكيفين بنفس النسبة ؛ على أن النتيجة النهائية للبحث كانت أن ثقيلي السمع لا يفترقون عن زملائهم من حيث نجاحهم وقدرتهم على التكيف الاجتماعي .

وفي سنة ١٩٤٢ طبق بنتنر Pintner اختبار مقومات الشخصية (Aspects of Personality) على ١١٧١ طفلاً من ثقيلي السمع و١٢٠٨ ممن يسمعون وكان ذلك لغرض قياس ثلاث خصائص هي التسليم بالواقع أو الكفاح للترقي ، الانطواء أو الاختلاط ، وتوازن العواطف . ولم يكن هناك فرق فيما يختص بالتسليم أو الكفاح فيما عدا احتمالاً ضئيلاً عند من اصيبوا بفقدان كبير لسمعهم (٣٠ درجة

---

(١) Kirk , S.: Behavior Problem Tendencies in Deaf & Hard-of-Hearing Children. American Annals of the Deaf, 1938, 83, 131-138.

(٢) Pintner, R.: An Adjustment Test with Normal and hard-of-Hearing Children. J. Genetic Psy., 1940, 56, 367-381.

أو أكثر) أن يلجأوا إلى العنف بدرجة أكبر. كما أنه لم يكن هناك فرق في اختبار الانطواء أو الاختلاط. أما عند قياس التوازن العاطفي فقد اتضح أن هناك فرقاً يسيراً بين ثقيل السمع ومن يسمعون لكنه فعّال. وربما كان سبب ذلك هو فقد السمع مما يجعل الشخص أقل توازناً عند مواجهته لمواقفه اليومية. وقد سجلت ملاحظات عن شخصية ثقيلي السمع من الكبار، وكان ذلك بواسطة ثقيلي السمع انفسهم أو بواسطة علماء النفس بعد عمل اختبارات شخصية، وكذلك بواسطة المتخصصين في علاج مشاكل الصم. وبالرغم من انه يصعب تقويم النتائج الا انها اظهرت خصائص متشابهة للشخصية.

وفي سنة ١٩٣٣ سجل «بري» (Berry) التغييرات التي تطرأ على السلوك نتيجة للصمم التدريجي. فمثلاً يعتبر الأبوان والمدرسون الطفل الأصم غبيّاً وفاقداً للانتباه. أما زملاؤه فيعتبرونه غريب الأطوار ومنطوياً على نفسه. ويحاول الطفل ثقيل السمع اخفاء عاهته وربما شعر بحقارة أو حاول أن يعوض ما لديه من نقص في انتباهه. أما ثقيل السمع البالغ فيميل إلى المقاومة والثورة -- وتكون العاهة خطيرة بالنسبة للنساء أكثر مما تكون للرجال. حيث إن الأخيرين غالباً ما يقوّمون على أساس كفاءتهم المهنية. ان حصول العاهة في سن الستين يكون في غاية الإرهاق، ومن ثم ينسحب المصابون من مزاولة أي نشاط. على أن «بري» (Berry) قد لاحظ مزايا لنقص السمع منها أنه ينمي التركيز ويشجع الأفكار المفيدة كما يزيد في قوة الحواس الأخرى.

أما الأبحاث التي قام بها «ويلز» و «بنتنر» (Welles & Pintner) في سنة ١٩٣٣ فقد اعتمدت على نتائج استعمال اختبار الشخصية لبنزنرونتر (Bernrenter Personality Inventory) الذي طبق على الكبار من ثقيلي السمع في المدن وفي الريف، وقد أظهرت هذه النتائج أن ثقيلي السمع أقل توازناً في عواطفهم، وأكثر انطواء، وأقل سيطرة، على أنهم يتساوون في ناحية إعالة أنفسهم. على أن «ويلز» (Welles) وجد أن ٣٠ امرأة ممن أمكنهن التغلب على عاهاتهن بنجاح ملحوظ متساويات في جميع الاختبارات لزميلاتهن ممن يسمعن.

ولم يجد الباحثون أي ارتباط بين الاستعداد للاضطرابات النفسية وبين السن الذي يحصل فيه فقد السمع أو بين عدد سنين الصمم وبين ساعات تعلم قراءة الشفتين. وقد حصل هؤلاء الذين لم يتعلموا قراءة الشفاه على درجات عالية في الاختبارات التي تشير إلى اضطرابات نفسية. كما تبين أن المصابين بطنين الأذن كانوا أقل ثباتاً في النواحي

(١) Berry, Gordon.- The Psychology of Progressive Deafness. J.A.M.A., 1933, 101, No. 21.

العاطفية. وبما أن الطائفة المنعزلة تقل فرص إعادة تعليمها أو مساعدتها على التكيف فإنها تكتسب خصالا غير مرغوب فيها. ولما وجد بنتنر أنه أمكن لعدد كبير أن يعيد تكييف نفسه بدون مساعدة فإنه تساءل موحياً بعمل برامج لإعادة التعليم (re-education ؛ حتى يمكن لهؤلاء الناس التكيف في حياتهم بسرعة وبإعداد أكبر.

ولقد شرح رامسديل[(1)] (Ramsdell) الشعور بالانقباض واليأس الذي يعتري الصم وثقيلي السمع من الكبار وذلك بعد أن أوضح أن هناك ثلاثة مستويات للسمع العادي:

١ – مستوى الرموز وفيه نستعمل السمع لتفهم اللغة حيث إن الكلمات ما هي إلا رموز للأشياء والأمور التي تجري حولنا.

٢ – مستوى الإشارات او التحذيرات التي تجعلنا دائمي التعبير لتتكيف في حياتنا باستمرار. إننا نتوقف بالسيارة ليس لأن أحداً قال لنا (شرطي المرور) بل لأننا نسمع صوت صفارته.

٣ – المستوى البدائي المكون من أصوات مختلفة متفرقة نسمعها وقد لا نعنيها في أثناء عملنا العادي في حياتنا اليومية كأصوات التمتمة التي تصدر عنا في غير ما ألفاظ محددة بما يفيد المعارضة أو الموافقة أو الامتعاض... إلخ. وهذه الأصوات المتفرقة تجعلنا نشعر أننا أحياء في هذا العالم ودائماً ما تتغير هذه الأصوات حيث إن بيئتنا في حالة من النشاط الدائم، ونحن على استعداد دائم للتجاوب مع هذه الاصوات كلما استدعت الظروف ذلك. وكما قال رامسديل: «إن حالة الشعور التي يولدها المستوى البدائي من السمع تتميز دائماً بالاستعداد للتجاوب معها وكذلك بشعور الرضا بأننا جزء من عالم حي مملوء بالحركة والنشاط» وهو يعتقد أن الاضطراب العاطفي لمن يصابون بالصمم ينتج عن فقد السمع في المحيط البدائي. وعندما يعرف الأصم سبب انقباضه، فإن ذلك يساعده على أن يتغلب على حيرته واضطرابه ولوم نفسه.

وفي محيط التحذيرات يكون عدم التعلم سبباً في جهل الشخص بكل شيء يتعدى محيط النظر، فالسمع يدلنا على المسافة واتجاه مصدر الصوت، ومن ثم فإن فقد السمع في هذه المرحلة يسبب الشعور بالخوف وعدم الاطمئنان، غير أنه يمكن اتخاذ إجراءات عملية لإعادة الثقة والتكيف إلى نفس المريض.

وفي هذا المستوى يساهم السمع في تكوين تقديراتنا لكل ما هو عذب وجميل،

---

(1) Ramsdell, D.: Hearing & Deafness, Ch. 16, Murray Hill Books, N.Y., 1947

ومع أن هناك فروقاً في درجة احتياجات الفرد إلا أن تقديرات الجمال تشمل سماع أصوات الطبيعة وكذلك سماع سيمفونية عذبة.

وقد أدمج رامسديل اللغة في محيط الإشارات حيث إنها (١) وسيلة تفهم التجارب (٢) توضح وتنظم أفكارنا (٣) تمكن الطفل النامي من أن يكوّن ويربط بين الممنوعات والمسموحات في الحياة الاجتماعية–ويلاحظ أن النقطتين الأخيرتين لا تؤثران على الشخص الذي أصيب بالصمم في مرحلة الكبر.

وقد عللت «هينر»[١] (Marie Hays Heiner) حساسية ثقيلي السمع بشعورهم بالمغالطة وزعمهم بأنهم يسمعون، حيث إن الصمم يهدد كيان هذا الزعم نتيجة لخلط الناس بين السمع وهو مهمة جسمانية، وبين الفهم وهو عملية عقلية، ويحتمل أن يكون مصدر ذلك هو الوقت الذي كانت فيه كلمتا (أصم) و (أبكم) متضامنتين. وعلى ذلك يدعي ثقيلو السمع أنهم يسمعون وذلك بغية حماية أنفسهم من هذا الارتباط.

وقد أثار عدد من الناس أن ثقيلي السمع يشعرون بالشك وعدم الثقة، ويبدو أن فقد السمع يولد لديهم الشعور بأن مجرى الحديث الذي كان دائراً بين مجموعة من الناس ولم يتم لسبب أو لآخر لا بد أنه كان عنهم أو أن الملاحظات التي لم يسمعوها جيداً كانت انتقاداً لهم، وقد زاد رامسديل على ذلك «أن الصمم يبدو عاملا قوياً لإظهار الاحتمالات الخفية للبارانويا في الشخصية» فإذا ما كان الشخص متزن الانفعالات فإن الصمم لا يولد لديه الشعور بالشك وعدم الثقة، ومما يتميز به ثقيلو السمع هو حبهم السيطرة على الحديث واحتكاره، فذلك يعني تحاشيهم للاستماع المضني، أو لسوء فهم الكلام الذي يكون في غاية الإحراج. ولهذا فإن ثقيل السمع يسترسل في سرد قصص تفصيلية عن الحوادث اليومية التي حصلت له في الماضي أو في الحاضر.

الذكاء والتقدم التعليمي

طبقت المقاييس الخاصة بذكاء ثقيلي السمع على تلاميذ المدارس، ونظراً لأنه يجب اعتبار نتائج اختبارات الأطفال أساساً لتقدير أثر فقد السمع على القدرة العقلية للكبار.

فقد قام[٢] Waldman, Wade & Aretz، بعمل أبحاث شاملة على أطفال المدارس من ثقيلي السمـــع استعملوا فيهـــا اختبـــار

(١) Heiner, Marie H.: Hearing is Believing. World Publishing Comp. Cleveland, 1949.

(٢) Waldman, Wade & Aretz: Hearing & the School Child. Voltia Bureau, Wash, D.C., 1930.

(The National Intelligence Test).

ونتج منها أن من يسمعون جيداً حصلوا على درجات تتراوح بين ٦٨ و١٤٠ بمتوسط ١٠٤،٥ أما ضعيفو السمع فكانت درجاتهم بين ٦٨ إلى ١٣٢ بمتوسط ٩٢،٤ وهذا الاختبار لفظي (أي يعتمد على اللغة والألفاظ) وجمعي أي يطبق على مجموعة من الأفراد، ومن ثم تتأثر نتائجه بمدى الانتباه للتوجيهات والحصول على معلومات متفرقة.

وقد استعمل «مادن»[1] (Madden) سنة ١٩٣١ مختلف اختبارات الذكاء مع الأطفال ثقيلي السمع فوجد أن هناك ارتباطاً سلبيًّا ضعيفاً بين مستوى نسب الذكاء وفقد السمع ويمكن تلخيص النتائج التي حصل عليها فيما يلي:

الاختبار	العدد		نسبة متوسط الذكاء	
	السمع العادي	ثقيلو السمع	السمع العادي	ثقيلو السمع
اختبار بينيه	٤٦	٤٦	٨٣،٤٦	٧٧،٠٤
اختبار المعلومات	٥٣٧	٤٦	٨٤،٠٠	٧٧،٠٩
اختبار أوتس الجمعي	١٧٠	١٣	١٠١،٥٥	٩٣،٣٨

وفي سنة ١٩٣٩ قام «بنتنر» و «ليف»[2] (Pintner & Lev) بمقارنة النتائج التي حصل عليها كل من ثقيلي السمع والعاديين من أطفال المدارس في السنوات الدراسية الخامسة والسادسة والسابعة والثامنة مستعملين اختباراً لفظيًّا للذكاء (اختبار الذكاء لبنتنر Pintner Intelligence Test) وآخر غير لفظي وكانت نتائج البحث كما هي مبنية في الجدول الآتي:

---

(١) Madden, Op. cit.

(٢) Pintner, R. & Lev., J.: The Intelligence of the Hard-of-Hearing School Child. J. Genetic Psy., 1939, 55, 31-40.

		الاختبار اللفظي		الاختبار غير اللفظي	
	الفرقة	العدد	متوسط نسبة الذكاء	العدد	متوسط نسبة الذكاء
ثقيلو السمع	٥ – ٦	١١٥	٩٥,٤٨	١١٥	١٠٠,٥٧
	٧ – ٨	١٧٥	٩٤,٩٥	١٧٥	٩٩,١٧
السمع العادي	٥ – ٦	١٢٠	١٠١,٦	١٢٠	٩٩,٧
	٧ – ٨	١٩٤	١٠٢,٦	١٩٤	١٠٢,٢

وأظهرت النتائج التي حصل عليها ثقيلو السمع بدرجة خطيرة (أي من فقدوا ١٥ درجة أو أكثر من قوة تمييز الكلام) أن متوسط مستوى ذكائهم أقل قليلا من المستوى العادي، الاختبار اللفظي ٩٢,٣٦ وغير اللفظي ٩٩,٢٦، ونتيجة لذلك انتهى الباحثان إلى أنه لا يوجد فرق ذو دلالة بين ذكاء الأطفال ثقيلي السمع ومن يسمعون في مدارس المرحلة الأولى، ومن ثم نصحا الأخصائيين ألا يستعملوا اختبارات لفظية لثقيلي السمع.

وقد أشار «والدمان» و «ويد» و «أرتز» (Waldman, Wade & Aretz) إلى التأخر الدراسي للأطفال ثقيلي السمع وقدروا نسبة هذه الحالات بمقدار ١١٪ كما بينوا أنه في كل خمس حالات لإعادة السنة الدراسية بالنسبة الدراسية بالنسبة للأطفال العاديين في السمع يقابلها تسع حالات من بين ثقيلي السمع وأن الأطفال في سني الدراسة الرابعة والخامسة كانوا أكثر تأثيراً بفقد السمع ممن هم في سن أعلى، وربما يكون ذلك راجعاً إلى أن التعليم اللغوي والدروس الشفوية هو الأساس في الفصول الدنيا، على حين يكون هناك اعتماد أكبر على الكتب المدرسية في حالة الأطفال الأكبر سناً.

وقد أثبت بحث قام به «هوفسومر»[1] (Hofsommer) (وهو طبيب مدرسة عامة بإحدى ضواحي مدينة سانت لويس) ظهور التقدم التعليمي بين طائفة من الأطفال

(١) Hofsommers, A.J. Lip Reading & the Intelligence Quotient of the Hard-of-Hearing Child. 1936, 107, 648-650.

من ثقيلي السمع يتعلمون بواسطة قراءة الشفتين وذلك بالمقارنة إلى طائفة أخرى من ثقيلي السمع لا يتعلمون بهذه الطريقة ، ونتيجة لذلك استخدمت المدرسة مدرساً في قراءة الشفتين وتفهم الكلام .

كما أكد «كابلين» (Caplin)[1] في بحثه عام ١٩٣٧ أهمية قراءة الشفتين في التقدم الدراسي إذ انه وجد أن من بين ٤٥٦٦ من الأطفال الثقيلي السمع الذين يتعلمون قراءة الشفتين في المدارس العامة لمدة متوسطها سنة كانت هناك نسبة ٤١,٩٪ لوحظ عليها صور من التأخر المدرسي قبل تعلم قراءة الشفتين وانخفضت هذه النسبة إلى ٥,٦ ؛ بعد تعلم هذه الوسيلة ، على أنه بالمقارنة مع طائفة من الأطفال العاديين في نفس مدارس مدينة نيويورك اتضح أن بين هذه الطائفة تأخراً دراسياً بنسبة ٢٨٪ وعلى أية حال كلما زاد الفقد في السمع زادت الصعوبات في متابعة الدراسة .

وقد أوضح بنتنر مقدار التأخر الدراسي للأطفال ثقيلي السمع في السنتين الدراسيتين الخامسة والسادسة نتيجة لاستعماله اختباره في التحصيل الدراسي (Pintner Educational Achievement Test) وأظهر النتائج التالية :

	العدد	متوسط الدرجات
حالات السمع العادي	٥٣٦	٣٥,٤
حالات ثقل السمع	٤٠٢	٣٤,٤
الحالات الحادة لثقل السمع	٧٨	٣٣,١

إن التأخر الدراسي لمن الأهمية بمكان في تكوين شعور ثقيل السمع نحو مدرسته ونحو أصدقائه ممن يسمعون وكذلك نحو إتمام تعليمه بعد السن العادية ، وهذا يؤثر على مستقبل ثقيلي السمع من الكبار حيث إن مستقبلهم يتوقف على مستوى تعليمهم ونوع ذلك التعليم .

(١) Caplin, D.A. Special Report of Retardation of School Children. American Annals of the Deaf, 1937, 82, 234-43.

برامج التأهل

أي نوع من برامج التأهيل يمكن توفيره لثقيلي السمع لمساعدتهم على التكيف في عالم السامعين؟ هذه المشكلة تستدعي المهارة والتعاون من جانب أطباء الأذن وأخصائي الأصوات وعلماء النفس والمدرسين وكذا الأصدقاء. وأكبر أمل لثقيل السمع أو لوالديه هو العلاج الشافي، إذ يشعر أن إحدى معجزات الطب الحديث ستنقذه من مرضه، ولهذا يجب فحص الحالة بواسطة طبيب أخصائي في أمراض الأذن لكي يؤكد للمريض حالته ويطمئنه على نفسه ويسدي إليه التوجيهات والنصائح التي يجب اتباعها، فكثير من الناس يقومون دائماً بعمل زيارات للعيادة مؤملين في العلاج مع أن ذلك غير متيسر أو ممكن.

وإن أكثر الأسباب شيوعاً لفقد السمع من القناة الظاهرة هو تكون المواد الشمعية وتصلبها في هذه القناة ويمكن للطبيب إزالة هذه المواد الشمعية بدون إصابة القناة بأي ضرر. وهناك أسباب أخرى لفقد السمع منها أمراض اللوزتين والجيوب الأنفية واحتقان اللوز مما يسبب التهاب الأذن الوسطى نتيجة لتعسر تهويتها. ومن ثم يجب إزالة اللوز أو الغدد المتضخمة جراحيًّا.

وكان أحد الأمراض الوراثية ويسمى (Otosclerosis) هو السبب المباشر في فقد السمع فيما يزيد عن مليون حالة في الولايات المتحدة وهو يصيب الجزء العظمي الذي يحيط بالأذن الداخلية ويتسبب في عدم حركة بعض أجزاء الأذن، وعدم الحركة هذا يحصل بالتدريج وعلى سنوات، ففقد السمع غالباً ما يلاحظ في دور المراهقة أو عند سن العشرين. وربما أفادت الجراحة لعمل ثقب في الأعضاء المتصلبة أو في إعادة هؤلاء الناس لكفايتهم الإنتاجية، والحالات التي يؤمل نجاحها هي التي ليس سببها عيب في أعصاب السمع بل يكون العيب عائقاً بسيطاً يمكن التغلب عليه، وعلى ذلك يستطيع حوالى ٧٥٪ من المصابين بعوائق السمع البسيطة الحصول على التكيف الاجتماعي بسهولة.

ولقد قرأ كثير من ثقيلي السمع عن العمليات الجراحية التي تفيدهم وفهموا من ذلك أن علاجاً جراحيًّا قد اكتشف للصمم، ويجب إسداء النصح والتوجيه لمثل هؤلاء وتفهيمهم أن العملية لا تصلح إلا للمصابين بذلك المرض الوراثي السالف الذكر، فإذا ما كانوا كذلك يجب إحالتهم إلى أخصائي متمرن في أمراض الأذن وجراحتها لعمل هذه العملية ليرى إن كان هناك أمل أو فائدة.

كانت وسائل السمع المساعدة أكبر عامل له أثر في محيط ثقيلي السمع بالرغم من أنها تقابل باعتراض شديد من ذوي الحساسية من الكبار وذلك بسبب أن فن الإعلان قد شوه الحقيقة إلى حد كبير إذ يمكن لهذه الوسائل أن تعوض تماماً ما فقد من السمع، ويجب أن تكون هذه الوسائل المساعدة بأصغر حجم ممكن وخفيفة ورخيصة ما أمكن، كما يجب أن تزيد في مستوى الأصوات بدون تغيير طبيعتها، والطفل ثقيل السمع يعتز كثيراً بأداة سمعه المساعدة، وحينما يدخل المدرسة فإنها تصبح إحدى مميزاته. وأدوات سمعه المساعدة تسهم كثيراً في التقدم السريع، لكن الحقيقة هي أن أداة السمع وحدها لا يمكن أن تفي بالغرض فيجب أن يكون هناك بقية من سمع يمكن المريض من تفهم ما تكبره الأداة.

ويلعب الاعتزاز بالنفس دوراً كبيراً، ولذلك فإن منتجي الأدوات السمعية المساعدة حينما يعلنون عنها يؤكدون (عدم رؤيتها) أو أنها تشابه مصوغات الملابس بدون إعارة الاهتمام إلى نوع الصوت الذي تنتجه هذه الأدوات، ومن ثم فإن ثقيل السمع الذي لا يستعمل إحدى هذه الأدوات المساعدة مع أن في قدرته استخدام إحداها والاستفادة منها يعتبر مجحفاً بحق أسرته وأصدقائه، ويمكن استعمال الأوديوجرام (Audiogram) لمعرفة ما إذا كان من اللازم استعمال إحدى هذه الأدوات - فإذا كان فقدان السمع في الأذن الأقوى أكثر من ٣٠ درجة (من ٣٠٠-٣٠٠٠ ذبذبة في الثانية) يكون هناك حاجة ملحة لاستعمال أداة سمعية مساعدة كما قرر «سيلفرمان» و «تيلر»(١) (Silverman & Taylor)، على أن بين ثقيلي السمع من لا يمكنهم الاستفادة جديًّا من أدوات السمع المساعدة، فمثلا الشخص الذي لديه فقد ضئيل في الموجات المنخفضة بينما عنده فقد كبير يبلغ الألف ذبذبة أو أكثر في الموجات العالية، سيجد هذا الشخص صعوبة في تمييز الساكن من الكلام، وعليه يجب عمل تمرينات سماعية واسعة حتى يمكنه الاستفادة من أدوات السمع المساعدة.

ويتشابه مع هذا النوع الفقد المتزايد في السمع للموجات العالية نتيجة لكبر السن، ولا يوجد لدى الكهول من الصبر أو القدرة على التركيز ما يسمح لهم بالاستفادة من التمرينات السماعية، ويلزم بناء عليه تقدير حاجة الشخص لأداة سمع مساعدة على أساس فردي، فإذا لم يقبل استعمال هذه الأداة مختاراً فلا يجوز أن نجبره على استعمالها. ويمكن للمريض أن يهتدي إلى الأداة التي تناسبه عن طريق العيادة الخاصة بالسمع ففيها مختلف الأدوات والاختبارات التي يمكن تجربتها واختبارها في ظروف مناسبة.

---

(١) Silverman, S.R. & Taylor, S.C. Hearing & Deafness, Ch. 8. Murray Hill Books. N.Y., 1947.

وينحصر الجزء التعليمي من البرامج المقترحة لثقيلي السمع في تعليمهم قراءة الشفتين أو تفهم الكلام وعمل مختلف التمرينات السماعية، ويوجد بكل مدرسة خاصة بثقيلي السمع في الخارج مدرسون أخصائيون في تدريس قراءة الشفتين، وربما كانت العاهة الكلامية مصدر ألم أكبر لطفل ثقيل السمع من عاهته السمعية. فإذا لم يوجد مدرس مختص فإن هناك عيادات خاصة بتعليم قراءة الشفتين يمكن للأطفال التردد عليها. وفيما يتعلق بالكبار فإنه ينتابهم اليأس بسهولة ولذا يستحسن إلقاء بعض الدروس والتوجيهات عليهم حيث إن ثلث أصوات الكلام فقط يظهر على الشفتين، وعلى قارئ الشفتين أن يحصل على أدلة توصله إلى محتويات الكلام ومضمونه ويجب إخبار قارئ الشفتين أنه ربما قابل قارئين ذوي نطق رديء وتعبيرات ناقصة، كما يستحسن إخباره أن هناك فروقاً بين الأفراد وأنه لا ارتباط بين الذكاء والقدرة على قراءة الشفتين، وهناك طرق ووسائل كثيرة لتعليم قراءة الشفتين. والواقع أن المدرس أهم بكثير من طريقة التعليم المستعملة.

وقد وصفت «هينر» (Heiner) درسها الأول قائلة إن المدرس لم يكن ملهماً ويفضل الكهول فتاة حسناء، ولكن يفضل الكبار أن يعلمهم مدرس شاب مملوء بالحماس، ولا بد أن يكون مدرس قراءة الشفتين ممن يسمعون لكي يستطيع مساعدة ثقيلي السمع على المحادثات الكلامية. وكثيراً ما لجأ الكبار إلى قراءة الشفتين كأملهم الأخير حينما ظهر عدم جدوى الأدوات السمعية المساعدة — على أنه يجب تشجيعهم على استعمال أدوات السمع المساعدة وذلك بالإضافة إلى قراءة الشفتين.

وبالولايات المتحدة هيئات كثيرة تهتم بمشاكل ثقيلي السمع، وفي واشنطن (Volta Bureau, Washington, D.C.) توجد أكبر مجموعة من الكتب والمجلات التي تبحث في مشاكل الصم بأمريكا ويقوم موظفو هذه الهيئة بتقديم خدمات ونصائح جليلة لمدرسي الصم ولآبائهم فضلا عن أن هناك هيئات أخرى مهتمة بهذه الناحية مثل (The American Hearing Society)، ومكاتب الاستعلامات، والتوكيلات الاجتماعية ومكاتب التخديم والنوادي وكلها خاصة بالصم أو ثقيلي السمع.

والتوجيه المهني خدمة لازمة للطفل ثقيل السمع الذي يتأهل لدخول معركة الحياة أو بالنسبة للشخص الكبير الذي يضطر إلى تغيير طبيعة عمله نتيجة لفقد في سمعه، وجميع الأعمال التي لا تحتاج إلى تبادل التخاطب مفتوحة أمام ثقيلي السمع وهنا تجدر الإشارة إلى الشخصية التي تعتبر من أهم العوامل التي تقرر ما إذا كان الشخص سيحتفظ بوظيفته أم سيفقدها.

لكن ماذا يجب عمله لثقيل السمع في محيط التكيف النفسي؟ وهنا تحدثنا «ماري» (Heiner) عن تجربة قائلة (واجه الحقائق... جميع الحقائق المتعلقة بنفسك وبيئتك وصلتها بصممك، إنك لست الوحيد في مأساتك فإن ٥٪ إلى ١٠٪ من مجموع السكان مصابون بثقل السمع) وأنصع دليل على جدوى حديثها هو نجاحها الباهر في التغلب على مشاكل صممها، وكذلك النجاح الذي صادف غيرها من ثقيلي السمع.

وقد أصدر «بري» (Berry) تعاليمه أو وصاياه العشر لثقيلي السمع في شكل كتيب كما سجل «رامسديل» (Ramsdell) قائمة ضمنها اقتراحات عملية، كما أكد ضرورة مواجهة فقد السمع بصراحة وبطريقة واقعية. لقد قبل المجتمع واعترف بالنظارات الطبية ولا بد له أن يقبل استعمال أدوات السمع. وعند البحث عن معلومات خاصة يجب أولاً الإلمام بالمادة اللازمة والتعبيرات التي يحتمل استعمالها ومختلف الاتجاهات في موقف ما والنصيحة التي يمكن إسداؤها لثقيلي السمع هي أن يعملوا بمبدأ (كن مستعداً). ويجب أن ننصح ثقيلي السمع عند محادثة أصدقائهم أن يكونوا صرحاء، فلا مانع من الاعتراف بعدم الفهم، وعليهم الابتعاد عن التهويش. ويجب تشجيع ثقيلي السمع على تنمية وتكوين هوايات جديدة وعلى الاختلاط بالآخرين الذين لهم نفس الهوايات وكذلك على القيام بنشاط مفيد. كل هذا يساعد على توازنهم وتكيفهم في الحياة. وعلى ذلك يجب المداومة والمحافظة على اهتمامهم بغيرهم من الناس. ويجب خلق الفرص الاجتماعية أمام ثقيلي السمع من النساء قبل الرجال حيث يشعرن بالوحدة نتيجة لفقد السمع. فالسيدة يمكنها بعد تعلم قراءة الشفتين واستعمال أدوات السمع المساعدة أن تزاول نفس النشاط مع زملاء من نوعها وينتج عن ذلك أن تستعيد ثقتها بنفسها وتقبل دعوات أصدقائها ممن يسمعون.

ولا تقوم عيادات تعليم قراءة الشفاه بتعليم قراءة الشفاه وتبادل الحديث فقط بل إنها تدرس أساليب الاتصالات الاجتماعية، ففي عيادة المعهد المركزي بأمريكا تكون الساعة المخصصة لتناول القهوة بين الدروس وحفلات عيد الميلاد والغذاء السنوي على رأس البرنامج لأن هذه فرص اجتماعية مناسبة تعود على الجميع بأكبر الفوائد.

الخلاصة والاقتراحات

وتلخيصاً لما تقدم يمكن القول ان ثقيلي السمع هم أشخاص طرأ على حاسة سمعهم خلل، ويمكن لهذه الحاسة أداء مهمتها سواء كان ذلك باستعمال أداة سمعية مساعدة أو

بدونها. ويمكن معرفة مدى ونوع الخسارة في السمع بواسطة اختبارات منفصلة تختص بالنغمات والكلام على حدة. وبدراسة مستوى الذكاء في ثقيلي السمع من التلاميذ اتضح أنهم عاديون بشرط عدم استعمال اختبارات لفظية. والطفل ثقيل السمع أكثر تأخراً في تعليمه عمن يسمع، ولذلك يضطر لإعادة العام الدراسي أكثر من زملائه ممن يسمعون، ويمكن تقليل درجة هذا التأخر الدراسي أو إزالته بتعليم الأطفال قراءة الشفتين.

أما دراسة شخصية الأطفال فقد أظهرت أنهم أقل انتباهاً، وأكثر حساسية للمشاكل التي يصادفونها، وأقل اتزاناً في عواطفهم، وذلك بالنسبة لزملائهم ممن يسمعون، على أن هذه الفروق لم تكن كبيرة بالدرجة المتوقعة، إلا أنه كلما كان فقد السمع خطيراً زادت احتمالات عدم التكيف الاجتماعي.

والاعتقاد هو أن ثقيلي السمع الكبار أقل اتزاناً في انفعالاتهم وأقل ثباتاً في عواطفهم وأكثر انطواء على أنفسهم، وأقل ميلا إلى السيطرة عمن يسمعون. وغالباً ما يشعرون بالانقباض واليأس وبالشك وعدم الثقة في الآخرين. ويعتقد رامسديل أن أساس الاضطراب العاطفي يرجع إلى فقد السمع في المحيط البدائي الذي يتكون من أصوات تجعلنا نشعر أننا نكون جزءاً من هذا العالم الحي المملوء بالحركة والنشاط.

والبرنامج المقترح لتأهيلهم وعلاجهم نفسيًّا يشتمل على:

١ – القيام بفحص دقيق يتولاه أخصائي في أمراض الأذن لكي يكشف أسباب الصمم وينصح بما يتبع في العلاج سواء كان طبيًّا أم جراحيًّا على أن يوجه النصح فقط في الحالات التي يجدي فيها العلاج.

٢ – عمل مجموعة اختبارات سمعية لمعرفة جدوى استعمال أداة سمع مساعدة. وعندئذ يوجه الاختبار نحو أنسب أداة للاستعمال.

٣ – التدريبات والتمرينات التعليمية في:

(أ) قراءة الشفاة وتبادل الحديث اللغوي.

(ب) التمرن على السمع وعلى تفهم ما يسمع.

٤ – كفالة المساعدات المختلفة من الهيئات والمؤسسات المتخصصة في المشاكل المتعلقة بالسمع.

٥ – التوجيه المهني.

٦ – التكيف والتوازن النفسي بواسطة :

(أ) مجابهة حقيقة الصمم والاعتراف بفقد السمع .

(ب) تفهم أسباب الاضطرابات العاطفية (فقد السمع في المحيط البدائي) .

(ج) تنمية الهوايات ونواحي النشاط الترفيهي .

(د) خلق وتجديد الاهتمام بالآخرين .

(ه) خلق فرص النشاط الاجتماعي .

وبناء عليه فإن جميع الأبحاث توحي بأنه لن يكون بين ثقيلي السمع من يعتبرون شواذ أو منحرفين طالما أن فرص التكيف والتوازن الاجتماعي المذكور ما زالت موجودة وتؤدي وظيفتها على الوجه الأكمل .

المراجـــع

1. Davis, H.: *"Hearing & Deafness".* Ch.6., Murray Hill Books, N.Y., 1947.
2. Madden, R.: *"The School Status of the Hard-of-Hearing Child.* Contribs to Ed., No.499, Columbia V., T.C., N.Y., 1931.
3. Habbe, S. *"Personality Adjustments of Adolescent Boys with Impaired Hearing".* Contribs to Ed., No.697., Columbia U., T.C., N.Y., 1936.
4. Kirk, S.: *"Behavior Problem Tendencies in Deaf and Hard-of-Hearing Children".* American Annals of the Deaf, 1938, 83, 131-138.
5. Pintner, R.: *"An Adjustment Test with Normal and Hard-of-Hearing Children".* J. Genet. Psy. 1940, 56, 367-381.
6. Berry, Gordon.: *"The Psychology of Progressive Deafness".* J.A.M.A., 1933, 101, No.21.
7. Ramsdell, D.: *"Hearing & Deafness",* Ch.16. 1947.
8. Heiner, Marie H.: *"Hearing is Believing."* World Publishing Comp., 1949.
9. Waldman, Wade & Aretz.: *Hearing & the School Child".* Volta Bureau, Washington, D.C., 1930.
10. Pintner R. & Lev., J.: *"The Intelligence of the Hard-of-Hearing School Child."* J. Genet. Psy., 1939, 55, 31-40.
11. Hofsommer, A.J.: *"Lip Reading & the Intelligence of the Hard-of-Hearing Child."*
12. Caplin, D.: *"A Special Report of Retardation of School Children".* American Annals of the Deaf, 1937, 82, 234-43.
13. Silverman, S.R. & Taylor, S.C.: *"Hearing & Deafness".* Ch.8 N.Y. 1947.

الفصل الخامس

سيكولوجية الأعمى

انتشار العمى وتعريفه

– إن نسبة فاقدي البصر في مصر تعتبر من أعلى النسب في العالم. فقد بلغ عددهم لعام ١٩٦٠ حسب الإحصاء الرسمي ٩٢٣٥٨ شخصاً مصابين بفقد البصر فقط. هذا علاوة على المصابين بفقد البصر وعاهات أخرى كالصمم أو البكم أو ضعف القوى العقلية، ولم يدخل في هذا العدد أيضاً هؤلاء المصابون بفقد إحدى العينين.

وللعمى أسباب متعددة أهمها عوامل تؤثر قبل الولادة وهؤلاء بلغت نسبتهم في بحث على تلاميذ المدارس في أمريكا ٦٤،١٪ ويتبع ذلك في الأهمية الأمراض المعدية وكانت مسئولة عن ١٣،٨٪، ثم إصابات الحوادث وكانت مسئولة عن ٧،٣٪. وأخيراً أمراض مختلفة ويرجع إليها ١٤،٦٪ من الحالات. ومن أخطر أسباب العمى عند الأطفال الذين يولدون قبل موعدهم الطبيعي هي العتامة خلف عدسة العين.

واصطلاح الأعمى يقصد به تلك الحالات التي تتراوح بين العمى الكامل وحالات أخرى قريبة من ذلك. ومن هذه الحالات التي تبلغ فيها حدة البصر (Central visual acuity) ٢٠/٢٠٠ أو أقل في العين الأقوى وذلك بعد استخدام النظارة. وكذلك يشمل تلك الحالات التي تزيد فيها حدة البصر عن ٢٠/٢٠٠ ولكن هناك عيب آخر من شأنه أن يضيق مدى الرؤية بحيث إن المدى أو أكبر قطر ممكن للمرئي لا يحتاج إلى زاوية مركزية تزيد على عشرين درجة. ويعرف المقياس ٢٠٪ ٢٠٠ بأن الشيء الذي يمكن رؤيته بالعين العادية على مسافة ٢٠٠ قدم يجب تقريبه إلى مسافة ٢٠

قدم حتى يمكن للشخص المصاب أن يراه. والعيب الخاص بالمدى المحدود يعني أن العين حينما تتركز على مسافة القراءة لا تستطيع أن تميز بوضوح أكثر من مساحة صفحة كتاب عادي، ولو أن العين في هذه الحالة الخاصة ربما تستطيع عمل أي زاوية مركزية كالمستوى العادي. وإن أي شخص تنقصه حدة الإبصار إلى الدرجة السابق تعريفها ويقدر الأطباء هذا الفقدان بمقدار ٨٠٪، وكذلك أي شخص يقاسي من عيب في مدى الإبصار بالكيفية المذكورة يعتبر أعمى.

اتجاهات المجتمع نحو العميان

نظر المجتمع إلى العميان وعاملهم بثلاث طرق متباينة: كعبء ومسئولية عليه، أو كقُصَّر تحت وصايته، أو كأعضاء به. ويرجع تاريخ ذلك إلى عصور البشرية الأولى حينما استلزم كفاح الحياة تقارب الأفراد لتكوين القبيلة، واعتبر العضو الذي لم يسهم مساهمة كاملة في المجهود الحربي عبئاً على المجموعة واستئصل. ولمدة قرون كثيرة اعتبر العميان عبئاً على المجتمع، والكتب التاريخية تعطي البراهين القاطعة على ذلك. ولكن تغير الوضع بظهور الأديان التوحيدية إذ أعطت العميان حق العيش والحماية والرعاية، ومن ثم قامت الكنيسة في أيامها الأولى وطوال العصور الوسطى برعاية الأطفال والعميان والكهول ومنحتهم الأولوية في الحصول على البر والإحسان، على أنه عند نهاية هذه الحقبة استطاع عدد متزايد من العميان أن يثبتوا لأنفسهم ولمعاصريهم أنهم أكفاء وأنه يمكنهم تحقيق أعمال قيمة مما أثار اهتمام وعطف هؤلاء الذين أصبحوا فيما بعد رواد تعليم العميان. ونتيجة لقيام المنشآت التعليمية في أوائل الحقبة الثالثة من التاريخ أمكن اندماج العميان في المجتمع إذ ازدادت درجة قبولهم في المدارس العامة وفي الصناعة ومختلف المهن وكذلك في نواحي النشاط الاجتماعي بمجتمعاتهم مما يثبت الاتجاه نحو هذا الاندماج بالرغم أنه كان ما زال بعيداً عن الهدف المرجو فما زال الشعور الفردي نحو العميان ونحو النظم الاجتماعية لخدمتهم متأثرة بفكرة «المسئولية والعبء» و «القصور».

فإذا كان هذا التفسير كما يبدو لنا في الوقت الحاضر مقبولا، يكون قد تسنى لنا تحديد هدف للجهود والبرامج التي توضع لتأهيل العميان، وفي ذلك أيضاً تبيان للمقاييس المرغوبة وغير المرغوبة عند مرحلة التنفيذ. فالبرامج التي تستهدف تأهيل العميان وبث روح الاستقلال فيهم بواسطة تنمية وتقوية المهارات والكفاءات التي تساعدهم على احتلال أماكنهم الصحيحة كأعضاء في المجتمع، تلك البرامج تعتبر تقدمية ومرغوبة فهي تعود بأقصى فائدة على العميان.

ولكن، يختفي تحت هذه الظواهر الثقافية والاجتماعية شعور فردي نحو العميان يبدو في ثنايا التعبيرات الظاهرة للأفراد، أو يؤثر بطريقة لاشعورية على تصرفاتهم. فالخوف والشعور بالذنب والإشفاق والفضول والمساعدات الاضطرارية. كل هذه مشاعر تولد ضغطاً يعمل ضد العميان إما كأفراد أو كمجموعة أقلية. ويعتبر الكثيرون الحرمان من النظر أسوأ شيء يمكن حصوله للإنسان حيث إن الدور الذي يؤديه النظر في حياة الإنسان أسمى بكثير مما يؤديه أي من الحواس الأخرى. ويزكي هذا الفهم الظروف التاريخية التي صورت العميان في القصص الخرافية كشحاذين لا حول لهم ولا قوة. وأظهرتهم كفئة حرمت من مختلف الحقوق تعيش على ما يقدمه إليها الآخرون من عطف وإحسان. وأمثلة هذه القصص الأجنبية هي ("blind fury") و ("blind alley") وما إلى ذلك. ونتيجة لبعض المؤثرات الدينية أو الفهم الخاطئ لمعنى العدالة أو للخرافات اعتبر العامة العمى عقاباً عن الذنوب التي اقترفها الآباء أو الأجداد. وربما ألقوا تبعة العمى على الشخص الأعمى نفسه.

بينما تعطي البيانات السابقة صورة عن الشعور العام نحو العميان فقد تمكنت الأبحاث من الوصول إلى حقائق علمية عن اتجاه الآباء نحو أطفالهم المصابين بالعمى. وقد بيّن «سومرز»[1] (Sommers) خمسة أنواع من تصرف الآباء نحو الطفل الضرير.

١ - القبول. ٢ - إنكار وجود أي أثر للعمى على الطفل. ٣ - التدليل والحماية المبالغة. ٤ - الإعراض المقنع. ٥ - الإعراض أو النبذ الظاهر.

وتعتبر الطريقتان الأوليان والإنكار تكيفاً مرغوباً يتيح للطفل التمتع بالعطف الأبوي ويعمل له تسهيلات أخرى وإن كان له بعض العيوب فربما يعمل الطفل على الوصول إلى مستوى الكمال الذي لا يستطيع أن يحققه، فربما يخلق في الطفل المبادئ المثالية التي لن يستطيع إشباعها. وإن التعبير الآتي الذي ذكره سومرز متعلقاً بالآباء، لهو من الأهمية بمكان في تكوين الشعور نحو عضو أعمى في مجموعة «يتوقف فهم الآباء لمعنى العمى كعائق لطفلهم، وخصوصاً الأم، على درجة شعورها العاطفي، كما يتوقف نوع تكيفها على درجة التكوين النفسي للوالد، وعلى علاقتهما الزوجية وكذلك على انسجامهما الشخصي والاجتماعي في الحياة». ومن ثم فليس للعمى أثر كبير في تكوين وتطور الطفل الأعمى مثل ما للخوف والحرمان والأسى الذي ينتج من شعور الأبوين.

(١) Sommers, Vita Stein.: The Influence of Parental Attitudes and Social Environment on the Personality Development of the Adolescent Blind. Am. Foundation for the Blind, N.Y., 1944.

وبدراسة تصرفات المراهقين التي قام بها سومرز تبين وجود علاقة مباشرة بينها وبين شعور الآباء تجلت في الظواهر الخمسة الآتية :

١ – السلوك التعويضي العادي أو الزائد عن الحد.

٢ – السلوك الإنكاري أي إنكار وجود عاهة.

٣ – السلوك الدفاعي (التبرير والإسقاط).

٤ – الميل نحو الانطواء.

٥ – السلوك الدال على عدم التكيف.

والإنماط الأربعة الأولى من السلوك كلها تدل على التكيف سواء إلى الحسن أو السيء، وإن كان هناك احتمال بعدم قبول بعضها اجتماعيًّا، وهذا ينطبق بصفة خاصة على الميل نحو الانطواء على الذات، حيث إن ذلك يعني التركيز في نواحي النشاط الانفرادية مثل الاستماع إلى الراديو كما يلجأ الفرد إلى احلام اليقظة والتأملات الواسعة التي تتحاشى مواجهة العالم الواقعي، ورغبة الأعمى في مقابلة غيره من العميان، أو التنافس معهم، يعتبر كذلك نوعاً من أنواع الأنطواء وتتبين عدم القدرة على التكيف حينما يعجز الفرد عن حل مشاكل الحياة بطريقة مرضية وليس هناك نمط محدد للسلوك يوضح ذلك، وإنما يشاهد مثلا التركز حول الذات زائداً عن الحد، وعدم الاندماج الاجتماعي، وانعدام التنافس، وعدم الاستقرار العاطفي، والعصبية وكثرة القلق؛ وما إلى ذلك. لأن هذه الدراسة انصبت على عميان مراهقين فإن العامل في الميدان سيجد أن معظم النتائج لهذه الدراسة تنطبق على العميان الراشدين وإن حل مشاكل العميان يكون على نفس نمط الأساليب التي تستخدم مع المبصرين، فرد الفعل عندهم متشابه بالرغم من اختلاف اسبابه.

إن الأخصائيين في تأهيل العميان الذين يميلون حقاً إلى عملهم لا يستطيعون التخلص من النواحي العاطفية التي تعرض سلوكهم وردود أفعالهم إلى ما يتعرض له آباء العميان، وإن لم يكن على نفس المستوى من العمق، على أنهم يكونون في غاية الفائدة لمرضاهم إذا نما عندهم الشعور بالقبول للشخص ولعاهته، ولا يعني ذلك تجاهل أثرها، بل الاعتراف بها وتكيف أساليبهم لكي تكون مناسبة لها، كما لا يعني المبالغة في حماية الشخص أو تدليله بل مساعدته لكي يؤهل نفسه لحياة استقلالية. وبالتأكيد لا تعني نبذه بأي شكل–سواء كان ذلك مقنعاً أو ظاهراً، وفي حالة ما [illegible] لدى الأخصائي شعور

سلبي قوي ضد العميان أو ضد العمل معهم (وربما تفسر التجارب الشخصية مثل هذا الشعور) فيجب عليه أن يهجر الميدان صوناً لمصلحته ومصلحة عملائه.

الآثار الحسية للعمى والمشاكل المتعلقة به

عند التعامل مع العميان على أساس علاقة مهنية أو اجتماعية يتساءل المرء عن أثر العمى على حواس وتصرفات الأعمى. وكذلك على مدركاته وتصوراته. وإن أي محاولات لتخيل أثر العمى بإغلاق العينين غير كافية للتعرف على أثر العمى الذي يحصل عند الولادة. ويبدو مستحيلاً على شخص مبصر أن يتعرف على معنى العمى الكامل. سواء كان ذلك عند الولادة أم في مراحل العمر الأولى. والصعوبة هنا لا تقل عن تلك التي يقابلها الأعمى إذا أراد أن يتصور عالم المرئيات، فالفئة الأولى. فئة المبصرين. لا يستطيع الواحد منهم استخدام حواسه الأخرى بدون الالتجاء إلى حاسة البصر. وهذا ما لا يستطيعه الأعمى، وعلى أية حال، يجب على كل من يعمل مع العميان. تفهم أثر العمى، كي يتمكن من أداء مهمته ويزيد من كفاءاته. وهناك ثلاث حالات تتغير ظروفها بشكل ملحوظ نتيجة للعمى:

(أ) تجارب العالم الحسي:

الأشخاص المصابون بالعمى الكامل يتفهمون العالم بواسطة حواسهم الأخرى غير البصر، وهم في ذلك يعتمدون كلية على حواس السمع واللمس وقدرتهم على ضبط اتجاههم. فالسمع يعطي فكرة عن بُعد المسافة عن الشيء واتجاهه. ولكنه لا يعطي أي معلومات عن طبيعة الشيء وفائدته الأساسية. إذن تنحصر فائدة السمع في التفاهم والمعلومات الشفوية. أما تمييز المساحة. فيكون بواسطة اللمس. وتقوم حواس ضبط الاتجاه بدور كبير فيه ولكن التمييز بواسطة اللمس لا يكون له أثر جدّي إلاّ إذا كـــــــان



(شكل ٤)
طفل كفيف يلعب على البيانو

هناك اتصال مباشر بين الأعمى والشيء نفسه. وهذا يحد من قيمة هذه الحاسة. فهناك أشياء لا يمكن لمسها مثل الشمس والسحاب والأفق. كما أن هناك أشياء صغيرة ودقيقة جدًّا يصعب لمسها كبعض الحشرات والأزهار. كما أن هناك أشياء كبيرة جدًّا يصعب على الأعمى تفهمها أو تحديدها مثل المباني الكبيرة والجبال. هذا فضلاً عن أن الأشياء المتحركة أو التي لها ظروف خاصة مثل الاحتراق أو الطبخ لا يمكن لمسها، حيث إن ذلك يعني تغييراً في طبيعتها، أو خطراً يحدق بالأعمى من جراء لمسها. وينبغي أن يكون من الواضح أن النظر أوقع من اللمس لأن العين مفتوحة دائماً ومستعدة لاستقبال مختلف المؤثرات من العالم الخارجي على حين أنه لا بد من اللمس عمليًّا لكي يحصل الشخص على بعض الأفكار عن الشيء الملموس. ولكن في الوقت نفسه نجد أن للمس بعض الميزات. فهو يسمح بتفهم صفات لا يستطيع النظر تمييزها مثل الثقل، والحرارة، وصفات السطح الخارجي.

وتمييز اللون – بعكس المساحة – هي خاصية بصرية نتيجة لتأثر شبكية العين، وعلى ذلك. فالمصابون بالعمى الكامل لا يمكنهم تمييز اللون إطلاقاً بالرغم من أن لديهم أفكاراً بديلة عن الألوان أوحتها حواسهم الأخرى وما يتذكرونه من محادثات شفوية أو ارتباطات انفعالية أو شرطية، فاللون الأزرق مثلاً ربما أمكن تفهمه بربطه «بالسماء الزرقاء»، وعلى هذا فإن مختلف الإحساسات والإنفعالات التي يوحيها الطقس الجميل يمكن أن تؤدي إلى آراء بديلة عن اللون الأزرق. وليست هذه الأفكار فقط ذات قيمة ذاتية كمكونات لعالمه الخاص، بل تمكنه من التفاهم مع المبصرين بتعبيرات مشتركة برغم التجارب والخبرات الأساسية.

ومما تقدم يمكن القول إن الإدراك المكاني والمدركات والخبرات اللونية هي مناطق الاختلاف بين من يولد أعمى وبين المبصرين.

(ب) الحركة: – إن الأعمى لا يستطيع الحركة بنفس الخفة أو المهارة التي يستطيعها المبصر بغية تغيير محيطه أو للحصول على فرص الحركة والملاحظة للأشياء. وإن هذه الظاهرة غير ملموسة بدرجة كبيرة في محيط المنزل أو المدرسة الداخلية حيث تتوفر فيها الرعاية، ولكن حينما يكبر الطفل ويخرج عن دائرة بيئته، تقابله مهام تضطره إلى التكيف مع عالم المبصرين وهنا يصبح التعود على الحركة عاملاً مهمًّا يحمل في طياته معاني جديدة، فمثلاً إذا نقل الصغير أو تخرج من المدرسة الابتدائية والتحق بمدرسة ثانوية كان عليه أن يزاول نواحي نشاطه في بيئة أخرى مختلفة. ولهذا يجب تشجيعه وتعليمه أن

ينمي قدرته على الحركة حتى لا يقف ذلك حائلاً دون نجاحه. وفي الحالات المتطرفة لا يتوقع الأعمى مساعدته على الحركة فقط، بل تتولد عنده تدريجيًا الحاجة إلى المساعدة في كل شيء آخر. وإزاء هذه الحالة يتعود الأعمى على درجة من الحماية تعود به القهقري إلى عهد الطفولة. ولكن الانتقال من بيئة لأخرى تفوق قدرته على الحركة. ربما يولد لديه شعوراً يضايقه، فربما يرفض ويثور ضد أي مساعدة تقدم له في نواح كثيرة يعلم أن المبصرين يؤدونها بأنفسهم دون الاعتماد على غيرهم، وربما تطور ذلك إلى كراهية عامة لمجتمع المبصرين. وأي هذين الشعورين (التراجع إلى الطفولة أو التمرد والعداء لمجتمع المبصرين) إذا ما استمر يعني الشعور بعدم الأمان ويستلزم توجيها دقيقاً لاستعادة ثقة الأعمى بنفسه.

ويجدر بالأبحاث والتدريب على الحركة أن تأخذ في الاعتبار المهارتين اللازمتين للحركة وهما: «الحركة الجسمية وإعمال الفكر» ويقصد بالحركة الجسمية الانتقال من مكان لآخر مع تلافي أي عوائق تكون موجودة. وأما إعمال الفكر فيقصد به «قدرة الشخص على التعرف على الأشياء المحيطة به وتمييز العلاقات بينها سواء العلاقات الزمنية والمكانية بالنسبة له» وكلا المهارتين لازم للحركة والتنقل. وتستهدف تدريبات الحركة تنمية أقصى درجة من الاعتماد على النفس بتهيئة الظروف المناسبة لإمكانيات الشخص وتشجيعه على استخدام معدات المساعدة التي تتناسب مع ظروفه الخاصة.

وفضلاً عن قدرة الشخص على الحركة بدون مساعدة في محيط الأماكن التي يعرفها، وربما الأماكن التي لا يعرفها تماماً، فهناك ثلاثة أنواع من المساعدة يمكن للأعمى استخدامها حسب حاجته: (المساعدة البشرية – الكلب المرشد – العصا). والمساعدة البشرية الرشيدة هي أضمنها وأكثرها أمناً، لكنها تنطوي على درجة كبيرة من الاعتماد على غيره، هذا علاوة على أن استعارة (بديل عن العين)، يكلف كثيراً. أما الكلب المرشد المدرب تدريباً كاملاً فإنه ينبه صاحبه الأعمى إلى الطريق الخالي من العوائق، حيث يستطيع التحرك بأمان، ولذا يعتبره بعض العميان ذا قيمة كبيرة في مساعدتهم على الحركة. وهناك آخرون يشعرون بالخجل أن يرشدهم حيوان، كما ينضجرون من مصاريف إطعام الكلب. أما لاعصا (وتلون بالأبيض لغرض التمييز)، فإنها إذا استعملت بالطريقة الصحيحة، ترشد الأعمى إلى وجود منطقة يمكن لقدميه التحرك فيها. وبالطبع يكون بقية جسمه من أعلا بدون حماية. وباستعمال الكلب المرشد أو العصا يتمكن الأعمى من تلافي العوائق التي ربما وجدت في طريقه، إلا أنه يظل مسؤولاً عن جانب إعمال الفكر، ومن

ثم يجب أن يكون لديه صورة ذهنية واضحة ومضبوطة عن هدفه. وعليه أن يحافظ على علاقته بهذا الهدف.

(ج) التحكم في البيئة: -- لا يمكن للأعمى أن يعرف بيئته ومكانه منها بسرعة وبمجرد النظر حوله، بل الوسيلة هي ما يحصل عليه عن طريق السمع أو الشم أو اللمس. وفي هذه الحالة تكون المعلومات التي يحصل عليها غير كافية وغير ذات قيمة كبيرة بحيث تسمح له بالتحكم في بيئته وفي نفسه بالنسبة لها. ويكون لذلك أثر كبير على تطور الأعمى. فالطفل الأعمى لا يحبو نحو الأشياء لأنها لا تجذبه. ولكن ذلك لا يمنعه عن المشي أو التقاط الأشياء إذا كان هناك دافع كاف لذلك. وفي مرحلة نموه يكون تعليمه بطيئاً لأنه لا يستطيع التقليد المبني على الابصار. وعلى ذلك فهو لا يستطيع مجاراة الجماعة. كما أن التصرفات اليومية السهلة على المبصر مثل تناول الطعام تتخذ عنده أشكالا مختلفة لأنه لا يستطيع التحكم فيها بنظره. هذا فضلاً عن أن شعوره بأن الآخرين يرمقونه بأعينهم مما يجعله متيقظاً لأخطائه ولأخطاء من حوله. ومن ثم فالعامل الأعمى يجد صعوبة في تكييف نفسه بمكان عمله. وبناء عليه يحتاج إلى مساعدة لتأهيله في عمله. وعلى أية حال. فالعامل الأعمى يقوم بمهمته خير قيام إذا ما تمت مساعدته في مراحل العمل الأولى.

ومن البيانات السابقة. يتبين أن الشخص الأعمى أكثر تعرضاً للإجهاد العصبي. والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل التي ربما تسبب له التوتر وربما تؤثر على صحته النفسية.

وفي هذا العرض لأثر العمى على الحواس لزم تأكيد مختلف الفروق والتغييرات الناشئة عن عاهة العمى. ولا داعي للإفاضة في المتشابهات أو الحالات المماثلة فيكفي التأكيد أن العميان يسيرون من حيث تطورهم وكفاءتهم ورغباتهم وشعورهم العاطفي في نفس الاتجاه الذي يسلكه الآخرون فيما عدا ناحية تمييزهم للمساحة وبعد المسافة المكانية.

وهناك مشكلتان خاصتان بالعميان ومتعلقتان **بوظائف الحواس** أجريت عليهما أبحاث علمية واسعة وهما: --

. (أ) تعويض الحواس: -- وهذا اعتقاد شائع كان له أثر كبير في المراحل الأولى لأبحاث العميان. لكنه كان اللبنة الأولى نحو القياس الصحيح. وبمقتضاه، يؤدي فقد البصر إلى زيادة حدة الحواس الأخرى. وبالرغم من ذلك أثبت البحث العلمي والمقارنة أنه لا يوجد فارق بين الأعمى والمبصر من حيث درجة الحدة في حواسهم، بل إن بعض الأبحاث بينت أن فقد البصر يؤثر تأثيراً عكسيًّا في قوة أداء الحواس الأخرى.

وبالرغم من أن فقد البصر لا يغير في حدة الحواس الأخرى . إلا أن الأعمى ربما يستغل حواسه بطريقة أفضل وأوقع لأن فقد البصر يستدعي تسخيرا أكبر للحواس الأخرى ، فيركز اهتمامه لالتقاط وتفهم المعلومات غير البصرية . ومن ثم فالتجربة والتركيز ينتجان استعمالاً أفضل ، ومهارة أكبر . في استغلال الحواس كاللمس أو الشم أو السمع .

وفي مجال حاسة الشم ، نستطيع أن نذكر ما قالته الدكتورة هيلين كيلر التي مرت بمصر عام ١٩٥٣ إذ كانت تقول «إني أعرف بمجرد الشم المنزل الذي أدخله ، ولقد أمكن أن أتعرف على منزل ريفي قديم الطراز عن طريق ما تركه السكان الذين توالى سكنهم فيه ، من روائح الأشياء والعطور والأقمشة ، وكان يمكن أن أعرف نوع العمل الذي يقوم به بعض الأشخاص من الروائح العالقة بهم مثل روائح الخشب أو الحديد أو البوية أو العقاقير الطبية أو الخضروات وما يترك منها في ملابس الذين يعملون في هذه النواحي المختلفة ، وهكذا أميز النجار من الحداد والفنان من الكيماوي – إلخ وحين يتحرك شخص من مكان إلى آخر في شيء من السرعة يمكن أن أدرك عن طريق حاسة الشم المكان الذي كان به في المطبخ أو الحديقة أو حجرة المرضى ... الخ . ويساعدني في هذا الإدراك ما يعلق بهذا الشخص من الروائح المختلفة مهما كانت خفيفة . وأشعر بارتياح كبير حين استنشق روائح الصابون العطري وماء الزينة والمنسوجات الحريرية والصوفية والقفازات النسائية المعطرة » .

وقد اثبتت الدراسات المختلفة أن تفوق العميان في التمييز عن طريق الشم يرجع إلى تدريب هذه الحاسة كوسيلة من وسائل تعرفهم على البيئة المحيطة بهم دون أن تكون هناك قدرة خاصة فائقة يتميزون بها عن المبصرين .

ونفس هذا المبدأ ينطبق على حاسة اللمس . فقد أثبتت دراسات جريشباخ لقياس دقة حاسة اللمس بواسطة الاستزيومتر » أنه ليس هناك دليل على أن الأعمى أدق إحساساً من المبصر بل في بعض الأحيان ثبت العكس .

ونفس المبدأ ينطبق أيضاً على حاسة السمع ، فمعاهد العميان تعطي عناية كبيرة للحاسة السمعية ، فالمسألة هنا تنحصر في التدريب المتواصل للحاسة السمعية بحيث يجعلها

---

(٠) الاستزيومتر وهو دبوسان موازيان يدوران حول زنبركين يعملان عمل الفرجار العادي . ويستخدم الجهاز لقياس أقل مسافة بين مثيرين مختلفين في وقت واحد : بحيث يشعر بهما موضوع التجربة على أنهما مثيران مختلفان في نفس الوقت .

تدف وترهف بدرجة يسهل فيها على الأعمى أن ينميها. فيصل إلى درجة الإتقان كأي عازف ماهر.

إذن نستطيع أن نقول إن التعويض الحسي لا وجود له بين العميان والمبصرين، وإن المسألة تتوقف كلها على مدى تدريب الحواس على عمل معين.

فالأعمى يكتب ويقرأ بطريقة اللمس المعروفة بطريقة بريل وهذه تعتمد على التمييز باللمس لنقط بارزة مرتبة في مجموعتين من ثلاث نقط. وتكوين أشكال مختلفة من هذه النقط الستة ترمز إلى الحروف الهجائية وإلى اختصارات أخرى كثيرة.

والأصابع التي تستعمل في قراءة اللمس لا تنبئ عن أي زيادة في حساسيتها بالرغم من أن لها قدرة عجيبة على ترجمة البيانات الملموسة.

ولقد وصف «كارل ويس» (Carl-Weiss)[1] ما يمكن للأعمى القيام به مستنداً في ذلك على خبرته الشخصية فقال: «بواسطة السمع يمكن للأعمى أن يتعلم كيف يزن شخصية فرد أمامه وعن طريق تجارب واسعة يمكنه أن يتعلم تمييز لهجة الصوت التي تصاحب الحالة النفسية المتعلقة بمختلف درجات العواطف. أما مدى قدرته على ربط مختلف حالات الصمت بمختلف درجات العواطف فيتوقف إلى حد كبير على ذكائه وثقافته ومقدار تجاربه في الاحتكاك بالناس. حتى إنه يمكن للأعمى أن يميز بين الطيور بمجرد سماع صوتها وبين الأشجار بسماع صوت مرور النسيم خلال أوراقها كما يمكنه الاستمتاع بسماع الموسيقى».

وبنفس الطريقة يمكن تنمية حاسة اللمس حيث يوجد مجال أوسع. فالأعمى يميز بين الخشونة والنعومة، درجة الحرارة والبرودة، الصلابة والليونة، الجفاف والرطوبة، الثقيل والخفيف، الزوايا والمنحنيات، والحدة والرقة، والاستقامة، النبض والاهتزازات، وكذلك بواسطة التسليم باليد أو لمس الذراع.

وزيادة على ما تقدم، يمكن للأعمى بواسطة قدمه أو كعبه أو مقدم خطوته أو جوانبها أن يميز طبيعة الأرض التي يمشي عليها كأن تكون مثلاً اسفلت أو حصى أو تراباً وطيناً أو حشيشاً. وبيديه يمكنه أن يميز لباب الأشجار أو طبيعة أوراقها أو نبات الأزهار. بل إنه يستطيع بحاسة لمسه أن يميز بين الكلب الإيرلندي وكلب الغنم لكنه لا يميز بسهولة

(١) Weiss, Carl: Reality aspects of Blindness as they Affect Case Work. "The Family" 1946.

بين كلبين إيرلنديين من نوع واحد. ومعنى ذلك أن حاسة اللمس لا تستطيع تمييز التفاصيل الدقيقة. زد على ذلك أن الشخص الأعمى يمكنه الاستمتاع بأريج الأزهار والفواكه الطازجة ورائحة العطور إلى غير ذلك.

٢ - تمييز العوائق والصعوبات: - ان قدرة العميان على تلافي العوائق بدون الاحتكاك المباشر بها هي ظاهرة لاحظها الكثيرون منذ مدة طويلة، وكانت مثار نقاش وبحث طويلين. وقد قامت مؤخراً جامعة كورنل[1] بعمل تجارب اعتبرت قاطعة، أثبتت أن العوامل والمؤثرات السماعية لازمة وكافية لتمييز العوائق، وفي هذه التجارب طلب من اشخاص عميان ومبصرين الاقتراب من حائط أو شاشة كما طلب منهم التبليغ حينما يحسون بالقرب منها والوقوف قبل الاصطدام بها. وقد استعمل في هذه التجارب مختلف الاجهزة لتقليل أو ازالة ما يؤثر على الحواس. واتضح منها أن تأثير تيارات الهواء أو الصوت او انعكاس التنفس على جلد الشخص لم يكن له أي اثر في قدرته على تمييز العوائق كما اتضح أن العوامل السماعية وخصوصاً في حالة الموجات الصوتية العالية كانت ذات اثر كبير في تمييز هذه العوائق. وتختلف القدرة على تمييز العوائق من شخص لآخر ولا تقتصر على العميان. لكن هناك من البراهين ما يدل على ان المران المنتظم المتواصل يؤدي إلى القدرة على تمييز العوائق بسرعة كافية.

وتعتبر القدرة على تمييز العوائق عاملاً واحداً من عوامل كثيرة تسهم في تسهيل حركة الشخص اذ انه يتجاوب بكل حواسه للموقف الذي هو فيه كوحدة، كما أن حاسة سمعه دائماً متيقظة لجميع انواع الأصوات بما في ذلك الأصداء. كما يترجم الروائح التي تأتي من مختلف المصادر. ويلاحظ تغيرات درجة الحرارة أو تيارات الهواء فضلاً عن أن قدميه تشعران بطبيعة الأرض التي يمشي عليها. هذا إلى أنه يلاحظ المسافة على أساس من الوقت والحركة أو الصوت. وبالاختصار يستفيد من أي معلومات يمكنه الحصول عليها لكي يوجه حركته. كما أنه يربط هذه المعلومات بعضها ببعض ويستغلها كوحدة ليكوّن فكرة عن الموقف الذي هو فيه.

العوامل التي تؤثر في حالة الأعمى

عند الاتصال بشخص اعمى يجب الأخذ في الاعتبار ان هناك ظروفاً وعوامل خاصة تنتج أو تتأثر بعماه وانها تعتبر محددات رئيسية لتصرفاته وعن طريقها يمكن تفسير

(١) Supa, M. & Others: "Facial Vision", The Perception of Obstacles by the Blind. The Am. J. Psy., 1944 pp. 133-183.

اتجاهاته ، والعامل المركزي في حالته كما في حالة أي فرد آخر هو شخصيته . فالشخصية هي التنظيم الجسمي النفسي للفرد والذي يتكيف تبعاً لتجاربه في الحياة وتحدده عوامل البيئة والوراثة ، ولذا يتعين أن تشتمل أي معلومات عن شخصية الفرد على بيانات استيضاحية عن الجنس ، العمر ، مركز العائلة ، الحالة الاقتصادية ، الخبرة والتجارب في الماضي ، التعليم ، تجارب العمل ... الخ . كما يجب الاهتمام بصفة خاصة بأي بيانات اضافية عن أي عوائق أو عاهات جسمانية يحتمل وجودها لدى الشخص الأعمى . فمثلاً ضعف السمع يكون ذا تأثير خطير جداً لأنه يتعارض مع قدرة الأعمى على الاختلاط الاجتماعي وعلى حركته . وفضلاً عن هذه العوامل العامة فهناك عوامل خاصة ذات صلة مباشرة بعاهته البصرية ، فتطور الشخص الأعمى وتكيفه لعاهته يتأثران كثيراً بالعوامل الآتية :

١ – درجة النظر : – كما هو مبين سابقاً في تعريف العمى أن اللفظ يشمل مدى واسعاً ويختلف من العمى الكلي إلى قدر معين من الإبصار وفيما بين الفئتين اشخاص لا يسمح لهم نظرهم الا بتمييز يسير للأنوار أو الأضواء المتحركة ، وهناك هؤلاء الذين يمكن قياس نظرهم بواسطة جدول سنيلين (Snellen Chart) . وان أي عيب عن تلك التي سبق ذكرها في التعريف لا بد أن تؤثر على شخصية الأعمى وعلى قدرته على التنقل أو العمل . والحدة البصرية كما يقررها الاختبار ليست دائماً دليلاً قاطعاً على سلامة نظر الشخص أو الكفاءة البصرية حيث أن بعض الناس ضعيفي النظر ربما استعملوا نظرهم بشكل اجدى من ذوي النظر الحاد ، وربما يرجع سبب ذلك إلى عوامل شتى مثل الذكاء العام ، مؤثرات البيئة وربما ايضاًتتدخل بعض العوامل الوراثية كالميل إلى انواع خاصة (تصورية ، بصرية ، سماعية) وخصوصاً اذا كان الشخص قد اصيب بالعمى مؤخراً في حياته بعد أن يكون قد كوّن بعض العادات الحسية وغيرها .

٢ – اسباب العمى : – وتبدو اهمية هذا العامل حينما يتبين أن بعض عيوب النظر تنتج من امراض جسمانية لا تصيب العين وحدها ولكنها تحتاج إلى علاج عام كالتدرن الرئوي مثلاً . وربما كان سبب العمى هو نفس السبب المؤدي إلى مشاكل الفرد الأخرى والتي يجب معرفتها واخذها في الحسبان لكي يمكن تقدير كفاءته ورسم خطة مستقبله ، فربما تبين نتيجة للدراسة أنه يجب الابتعاد عن بعض نواحي النشاط حتى لا ينتج عنها عوائق أخرى ، ومثال ذلك الانحناء أو رفع اوزان ثقيلة أو صدمة مفاجئة يتسبب عنها انفصال شبكية العين وينبغي الحصول على تقرير طبي شامل حتى يمكن رسم مستقبل المريض على اساس وطيد ، وبالاضافة إلى هذه الدراسة الطبية ينبغي دراسة العوامل

النفسية الهامة كتلك التي تبدو في حالة الجنود الذين اصيبوا بالعمى وقت الحرب . ليس نتيجة للأعمال الحربية بل لأسباب أخرى . ومن الناحية السيكولوجية نجد أن هناك فرقاً كبيراً بين تصرفات شخص اصيب بالعمى نتيجة لمرض السكر . وبين تصرفات شخص آخر حاول الانتحار ملحقاً الضرر بأعصاب نظره ومسبباً عماه .

٣ - السن عند حدوث العمى : الأشخاص الذين يولدون عمياناً أو يصابون بالعمى في صغرهم أو في اوائل حياتهم أو في كهولتهم يلاقون مشاكل مختلفة ويحتاجون إلى خدمات واساليب مختلفة لتدريبهم . والسؤال عن ايهما اسهل أن يولد الشخص أعمى أو أن يصاب بالعمى في احدى مراحل حياته ، سؤال يفتح مجالاً واسعاً للبحث . فكل حالة لها مشاكلها وصعوباتها الخاصة التي يمكن التغلب عليها فيمكن للشخص أن يعيش بعدها معيشة مناسبة . أما اذا تعذر التغلب على مشاكل هذا الشخص بشكل مرض فان العمى سواء كان عارضاً أم قبل الولادة يصبح مصدراً للتعاسة . فالسن الذي يحصل فيها العمى هو الذي يقرر مدى امكان الالتجاء إلى التصور البصري لأن الأشخاص الذي يصابون بالعمى في سن الخامسة وقبلها لا يستطيعون الاحتفاظ بالقدرة على تصور تجاربهم وخبراتهم السابقة . أما الذين يصابون به بعد هذه السن يمكنهم ذلك . وسنوضح فيما بعد الفرق بين من يولدون عمياناً وهؤلاء الذين يصابون بالعمى مؤخراً في حياتهم .

٤ - كيفهة حدوث العمى : - يحدث العمى إما بشكل مفاجئ أو تدريجيًّا وبطء . والعمى المفاجئ يحدث كصدمة لا يفقد فيها الشخص أغلى حواسه فحسب . بل يحس أيضاً نحو العمى حينئذ بنفس الشعور والاتجاه الموجود لدى الجمهور العادي تجاه المصابين بالعمى . وتتجسم لديه الأفكار أنه أصبح عاجزاً . وأنه أصيب بمأساة ، وأنه أصبح في خطر من الناحية الاقتصادية ، وأنه غير قادر على أداء مهمته رجلاً كان أم امرأة . كما أنه يشعر بخوف من الظلام . كل هذه الأوهام تنتابه نتيجة لإصابته بالعمى ، وربما نتج عنها الانطواء والتبلد الانفعالي الشديد كما قد تنتابه أفكار تتجه نحو الانتحار . أما في حالة العمى التدريجي فيغلب الشعور بعدم الاستقرار وعدم الأمان ومن ثم لا يقتنع الشخص برأي طبيب واحد ، بل يتعلق بأي إشارة تؤدي إلى الأمل . ويلجأ لكثيرين غيره من الأطباء . وغالباً لا يستطيع الطبيب الأخصائي أن يجزم وأحياناً يحجم عن ذكر رأيه في فرصة شفاء بصر المريض فيتسبب بذلك في تأجيل الشعور بالخوف وعدم الاستقرار لفترة ما من الوقت . وبالرغم من تجاذب تيارات الشعور المختلفة فإن طبيعة البشر هي التعلق بالحياة والأمل وفي معظم الحالات تتغلب هذه الطبيعة ويبدأ الشخص في تكييف حياته . على أن هذه عملية بطيئة وتبدأ حينما يحصل الشخص تدريجيًّا على الثقة بنفسه .

٥ حالة العين ومنظرها : - ويجب أخذ هذين العاملين في الاعتبار بسبب أهميتها من النواحي العاطفية والاجتماعية والاقتصادية. فإحساس الشخص بتغيير حالة العين أو بخطر حدوث هذا التغيير يسبب له حالة من القلق والاضطراب وعدم الراحة والتوتر. على أن تشوه الوجه بسبب ظهور العين ربما يستدعي إجراء جراحة تجميلية لتلافي الأضرار الاجتماعية والاقتصادية. وللسبب السالف ولأسباب طبية أخرى ربما كان من المستحسن استئصال العين. وغالباً ما يقابل هذا الإجراء باعتراض قوي من المريض لأنه يقضي على كل أمل عنده في استعادة نظره. على أن هذا التصرف غير منطقي وربما يكون راجعاً إلى أسباب عميقة أخرى خفية. وعلى أية حال، فإن استئصال العين غالباً ما يحرر الشخص من شعوره العاطفي الذي نشأ من اعتقاده أن وجهه مشوه كما يزيل عنه آلام المرض الذي كان موجوداً بمقلة عينه. وفي حالات كثيرة يوصي الطبيب الأخصائي باستخدام نظارة طبية لتعطي أحسن إبصار. وغني عن البيان أنه يجب بذل كل اهتمام وعناية عند تقرير أوصاف النظارة وعند تركيبها وكذلك عند صيانتها.

ويجب مراعاة جميع العوامل السابقة بدقة عند تقرير كفاءة الشخص الأعمى وعند بذل أي معونة تساعده على التكيف إزاء موقفه الجديد.

التكيف نحو العمى

الرضا بالعمى وقبوله :

تختلف مشكلة تنظيم الأعمى لحياته وتكيفها حسب وقت الإصابة بالعمى، فهناك من ولدوا عمياناً والذين أصيبوا بالعمى في حياتهم المبكرة أو هؤلاء الذين أصيبوا به في الكبر.

١ - العمى المبكر : - إن لعوامل البيئة أثراً كبيراً على من ولدوا عمياناً أو الذين أصيبوا بالعمى في طفولتهم المبكرة. وعلى ذلك فتعليم العميان في المدارس الداخلية أو العامة يجب أن «يستهدف مساعدة الطفل الأعمى على تفهم الحقائق المحيطة به، وعلى تنمية روح الثقة بالنفس لمجابهة هذه الحقائق، وليفهم كذلك أنه شخص مقبول في مجتمعه في سياج ما يتمتع به من حقوق»[1]. وأساليب التعليم يجب أن توجه نحو إشباع

(1) Lowenfeld, Berthold: Psychological Foundation of Special Methods in Teaching Blind Children. p.89.

حاجات الأطفال العميان من كافة النواحي الخاصة من الناحية الحسية والعاطفية تمهيداً لإدماجهم في مجتمعهم والاختلاط الملائم في الوقت المناسب. ويجب الاستفادة من الطرق والاساليب العلمية والسيكولوجية مما يؤدي إلى مصلحة الطفل وسلامة صحته النفسية وإسعاده.

إن الشخص الذي يولد أعمى أو يصاب بالعمى في أوائل حياته يواجه ظروفاً بيئية يكون لها أكبر الأثر في مستقبل حياته الذي يؤدي في حالات كثيرة إلى ضعف الثقة بالنفس وعدم الشعور بالأمن والتبعية للغير. والواقع أن تجارب الطفولة الأولى تعبير في غاية الأهمية لتقرير اتجاهات الشخص في المستقبل. ومما لا شك فيه أن مجموع العوامل المتعلقة بالتربية في المنزل والمدرسة وآثار العمى على الحواس من حيث الشعور بالحسرة وعدم الأمان وإخفاق المنشآت التعليمية في إيجاد علاج مبكر، كل هذه العوامل تسبب الشعور بالظلم والحاجة الملحة للعلاج النفسي. على أن العدد الضخم من العميان من الرجال والنساء الذين يساهمون بقدر وافر في مختلف مسؤوليات الحياة في شتى ميادين العمل لدليل قاطع على أن الأشخاص الذين أصيبوا بالعمى في حياتهم المبكرة يمكنهم تحقيق قسط وافر من التكيف والرضا الشخصي والاجتماعي والاقتصادي.

٢ — العمى المفاجئ: — يختلف الموقف لشخص أصيب بالعمى مؤخراً عما تقدم. فإصابة الشخص بالعمى المفاجئ يلقي عليه جميع القيود والمضايقات المتعلقة بهذه العاهة، وأخطرها تعذر الحركة بسهولة وعدم القدرة على التحكم في البيئة. وهذه القيود مضاف إليها شعور الشخص بأنها ستلازمه طوال بقية حياته تصبح في غاية القسوة والألم. ومثل هذا الشخص يتصرف نحو مأساته بنفس الطريقة التي يتصرف بها الأشخاص الذين يعيشون في مواقف شاذة وتحت ظروف غاية في القسوة.

وقد قام ويتكوار وديفنبورت (١) Wittkower & Davenport ببحث شعور الجنود الذين أصيبوا بالعمى في أثناء الحرب وبيّنا أن الشخصية السابقة، والبيئة، والموقف الاجتماعي والمهني، وكذلك الزمن (الوقت) هي العوامل الخمسة التي تقرر اتجاه الشعور بعد حصول الصدمة، كما بيّنا نتيجة لبحث ١٠٣ حالات أن ٢٩٪ منهم أصيبوا بالانقباض و١١٪ بالاستياء والتبرم و٢٤٪ بالتحدي والنزال والمنافسة و١٣٪ بالانشراح والابتهاج و٨٪ بالتسليم وعدم الاكتراث و١٥٪ بتصرفات غير طبيعية. وقد عملت هذه الإحصائية بعد

(١) Wittkower, E. & Davenport, R.C.: The War Blinded: Their Emotional, Social, and Occupational Situation. In "Psychosomatic Medicine". March-April, 1946. pp.121-137.

أن مر الأشخاص بالمرحلة الأولى من إصابتهم بالعمى ، وبعد أن طبعت تصرفاتهم بالاستقرار النسبي وعلى ذلك فالنتيجة توحي أن نسبة ضئيلة منهم كان لها تصرفات غير طبيعية وهؤلاء يحتاجون لمساعدة الأخصائيين النفسيين.

وتقبل العمى والتسليم به عملية تتوقف على تفهم الشخص لإمكانياته وموارده وصفاته واستعداده للاستفادة منها ، وهذا يعني التعلم من جديد لاستغلال مختلف الكفاءات لاستعادة الكفاية الاجتماعية والاقتصادية. وهنا يمكن للأخصائي أن يقدم للأعمى مساعدات جليلة. وتعطى هذه المساعدات في مؤسسات التأهيل الخاصة أو بواسطة أخصائي التأهيل في المنزل إذا كانت ظروف البيئة هناك مؤاتية. ويجب أن يكون الأخصائي ملمًّا بالأسس العامة للعلاج النفسي وأن يكون ملمًّا بالمعلومات الخاصة التي تمكنه من تدريب العميل على الحركة والقيام بمهام شخصية ومنزلية أو القراءة والكتابة. وبديهي أن التوجيه المهني والتدريب والاستقرار فيه والتشغيل والمراقبة التي تعقب ذلك ، كل هذه عوامل لازمة لتحقيق النجاح. ويجب التأكيد أن الأعمى لا يمكن تأهيله في فراغ لا نهائي إذ على بيئته الاجتماعية كذلك أن تغير من نظرتها إلى العسيان وأن تتعود أن تقدرهم حق قدرهم بطريقة واقعية.

اختبارات العميان

اعتمدت معظم المعدات العلمية لاختبار ذكاء العميان وهواياتهم ومهاراتهم على الاختبارات والمقاييس التي وضعت أساساً للمبصرين. ولكن بعد تنقيحها لتناسب العميان. وهناك مشاكل كثيرة تقابل من يرغب في تنقيح هذه المقاييس لتناسب العميان جميعاً لأنهم أقلية بالنسبة للمبصرين كما أنهم مبعثرون ولا يوجد تناسق بينهم إذ تختلف نسب قدرتهم على الإبصار كما تختلف أعمارهم وظروف إصابتهم بالعمى وصفاتهم الشخصية الأخرى.

والاختبارات التي توضع بطريقة بريل (Braille) يمكن للعميان قراءتها بسرعة تعادل ثُلث تلك التي تلزم للقراءة عند المبصرين ، كما أن القدرة على قراءة بريل تتفاوت كثيراً بين العميان الكبار. ويمكن قراءة كثير من الاختبارات بصوت مرتفع يقوم العميان بتسجيل إجاباتهم عليها إما شفويًّا أو بطريقة بريل أو بكتابتها على الآلة الكاتبة أو بأي طريقة أخرى رمزية. ولكن ملاحظة عامل الزمن وحدوده في هذه الحالات تؤدي إلى صعوبات جديدة ، إذ يلاحظ أن بعض أسئلة الاختبارات تنصب على موضوعات لا يلم بها العميان حيث إنهم لم يمارسوها بنفس الدرجة كالمبصرين الذين وضعت الاختبارات

من أجلهم ونجد في الفصل الأخير كشفا لبعض اختبارات الذكاء والاختبارات التحصيلية وبعض اختبارات القدرات التي أمكن تعديلها لتناسب العميان. وهناك اختبار واحد للشخصية صمم خصيصاً للعميان الكبار.



(شكل ٥)
شاب كفيف يقرأ «بريل»

ومع ذلك يمكن استعمال كثير من اختبارات الشخصية التي لا تعتمد على الوسائل البصرية لقياس شخصية العيان بعد تعديل يسير[١].

وليس هناك أدنى شك في قيمة هذه الاختبارات في التشخيص ولكن يجب النظر اليها بشيء من التحفظ وخصوصاً عند التفكير في تقنيتها إذا ان تفاوت العوامل واختلافها تقلل من ثبات هذه الاختبارات وصحتها.

توجيهات عامة في معاملة العميان

فيما يلي بعض البيانات التي تهم الأخصائي الذي يتعامل مع شخص أعمى لأول مرة والتي يهمه مراعاتها هو نفسه وعميله الأعمى بشيء من الارتياح : -

١ - عند قيادة شخص أعمى ، قدم له يدك ودعه يمسكها ثم امش أمامه عن قرب حتى يمكنه ملاحظة صعودك السلم مثلاً أو نزولك في الوقت المناسب لتصحيح وضع نفسه. تأكد في أول مرة أنه يتبعك بإخباره أن يصعد أو ينزل ، ثم أشر إليه بواسطة التأني قليلاً كلما كان الصعود أو النزول لازماً.

(١) Bauman , Mary K. & Hayes , Samuel , P.: A Manual for the Psychological Examination of the Adult Blind. The Psychological Corporation , N.Y. 1951.

٢ – إذا أردت من شخص أعمى أن يجلس ضع يده على ظهر الكرسي فيقوم هو بالجلوس. وإذا كان يركب سيارة ضع يده على أعلى هيكل باب السيارة واتركه يكمل الباقي.

٣ – حينما تتكلم مع شخص أعمى استعمل صوتك العادي فإنهم يسمعون جيداً ثم لا تضطرب ولا تتردد من استعمال «هل ترى» و «انظر» في معظم الحالات يفهمها هو أيضاً على أنها بديل لكلمة «هل أنت فاهم».

٤ – حينما تدخل أو تخرج من حجرة تكلم مع الشخص الأعمى حتى يعرف ما إذا كنت موجوداً أم خرجت، وافعل ذلك أيضاً حينما تجلس حتى يعلم أين جلست.

٥ – اجعل الأبواب إما مفتوحة تماماً أو مغلقة تماماً. فالباب نصف المفتوح عقبة خطيرة أمامه.

٦ – إذا كان يدخن أعطه مطفئة للسجاير في يده أو قل له إنها على المكتب أمامه ولا تحرك الأشياء التي يستعملها فإنه يعتمد على وجودها في أماكنها المعهودة.

٧ – إذا أردت التسليم على أعمى فامسك يده قبل ذلك لأنه لا يراك تمد يدك نحوه على حين يمكنك أنت رؤيته يمد يده إليك.

٨ – كن طبيعيًّا عطوفاً ومفكراً، ولا تتردد في سؤال الشخص الأعمى نفسه إذا كنت في شك مما يجب عمله، وسيكون من دواعي سروره أن يخبرك بما يفضل وسيشعر كل منكما بالراحة بعد ذلك.

المراجع

1. Sommers, Vita Stein.: *"The Influence of Parental Attitudes & Social Environment on the Personality Development of the Adolescent Blind."* Am. Foundation for the Blind, N.Y., 1944.
2. Weiss, Carl.: *"Reality Aspects of Blindness as they affect Case Work."* "The Family", 1946.
3. Supa, M. & Others.: *"Facial Vision"*, The Perception of Obstacles by the Blind. The Am. J. Psy. 1944. pp.133-183.
4. Lowenfeld, Berthold.: *"Psychological Foundation of Special Methods in Teaching Blind Children."* p.89.
5. Wittkower, E. & Davenport, R.C.: *"The War Blinded: Their Emotional, Social & Occupational Situation"*. In "Psychosomatic Medicine". March-April, 1946, pp.121-137.
6. Bauman, Mary K. & Hayes, Samuel P.: *"A Manual for the Psychological Examination of the Adult Blind.* The Psychological Corporation, N.Y., 1951.

الفصـــل السَّـادس

سيكُولوجيّة ضَعيف البَصَر

مقدمـــة :

لقد لاحظ جميع المهتمين بمشكلة ضعاف البصر أن هذا النقص لا يقتصر تأثيره على الشخصية كلها كوحدة فحسب ، بل يتعداها إلى التأثير الخطير على المواقف الدراسية والمهنية والاجتماعية .

إن المشكلة البصرية نفسها قد تؤثر على فرد ما تأثيراً كبيراً ولا تؤثر على فرد آخر تأثيراً يذكر .

تعريف وإحصاء

يهمنا هنا أن نبين المقصود بضعف البصر ، أو نقص البصر الجزئي ، وعلى وجه العموم فإن هذا الاصطلاح يشمل الفئات الآتية :

١ -- هؤلاء الذين تنحصر حدة بصرهم بين ٢٠/٧٠ ، ٢٠/٢٠٠ في العين الأقوى بعد استخدام كافة الوسائل وكافة النظارات الطبية .

٢ -- هؤلاء الذين يجدون صعوبات خطيرة في البصر وتزداد حالتهم سوءاً يوماً بعد يوم .

٣ -- هؤلاء الذين يشكون من أمراض خطيرة في عيونهم أو أمراض أخرى جسمية ولكنها تؤثر في النظر .

ومن الممكن أن يضاف إلى هذه الفئات هؤلاء الذين فقدوا إحدى العينين أو فقدوا البصر تماماً بإحدى العينين وفي حاجة إلى التعود على هذا الموقف الجديد عليهم والتكيف النفسي إزاءه[1].

ولا توجد لدينا بيانات دقيقة عن مدى انتشار هذه الحالات في مصر وخاصة بين الكبار. ولكن جمعت بيانات عن تلاميذ المدارس. فقد قامت الإدارة العامة للصحة المدرسية بالاشتراك مع أحد الاخصائيين النفسانيين، بإجراء دراسة إحصائية للوقوف على حالة ضعف البصر بين تلاميذ وتلميذات المرحلة الأولى في منطقة القاهرة الجنوبية. وقد تضمنت الدراسة محاولة التعرف على أسباب ضعف البصر. وكان هذا ميسوراً في نصف الحالات تقريبا. ولم يكن متيسراً في النصف الآخر وتبين لهم ما يأتي[2].

١ - أن حوالى ١٧ في الألف من مجموعة تلاميذ وتلميذات المدارس بالمرحلة الأولى في منطقة القاهرة الجنوبية يشكون من نوع أو أكثر من حالات ضعف البصر، على حين أن ضعاف البصر لا تزيد نسبتهم عن ٢ في الألف وذلك في أمريكا حسب تقرير لجنة البيت الأبيض. أما تقرير لجنة التعليم لمدينة لندن فإنه يميل إلى تقدير ١ في الألف لتلاميذ المدارس.

٢ - أن أكثر أنواع ضعاف البصر كان السبب فيه إما السحابة والعتمات على العين وإما فقد إحدى العينين وإما الضعف العام وإما الرمد الصديدي وإما الحول. كما هو مبين بالجدول الآتي :

---

(١) Hathaway, Winifred. Education and Health of the Partially Seeing Child N.Y., Columbia U.P., 1948

(٢) انظر مقال عن ضعاف البصر بين تلاميذ مدارس المرحلة الأولى، الدكتور مصطفى فهمي في صحيفة التربية مايو ١٩٥٤.

جدول يبين عدد المصابين بضعف البصر
في منطقة القاهرة الجنوبية سنة ١٩٥٤

عدد التلاميذ		عدد المصابين بضعف البصر بسبب										جملة المصابين
		الضعف العام	التيفود	الرمد الصديدي	الرمد الحبيبي	الحصبة	الولادى	لهم عين واحدة	حول	سحابة	لأسباب لم تذكر	
بنون	٢٠٢١٩	٢٦	٦	٢٤	٣	٣	—	٣٥	٢٣	٥٧	١٥٥	٣٣٢
بنات	١٩٢٢٧	١٨	٣	١٤	١	٥	—	٢٠	٤١	٤٤	١٩٢	٣٣٨
مجموع	٣٩٤٤٦	٤٤	٩	٣٨	٤	٨	—	٥٥	٦٤	١٠١	٣٤٧	٦٧٠

ولما كنا نعلم أن عيوب البصر تزداد من ناحية الكم والنوع زيادة مضطردة بازدياد السن ، فإننا نتوقع أن النسبة تزيد كثيراً عن تلك التي لوحظت عند أبناء المدارس.

نظم تعليم ضعاف البصر

سواء كان الطفل ناقص البصر أو عنده عيب من عيوب البصر، فالواجب إعداده لكي يعمل ويلعب ويعيش بين الأطفال سليمي البصر. وعلى هذا الأساس فإن أي برنامج يعمل خصيصاً لفصل هذه الفئة عن باقي الأطفال ، لا بد وأن يكون منهاجاً فاشلاً. وكما نعلم جيداً ، فإن نجاح الشخص الراشد أو فشله يعتمد على السنوات المبكرة وعلى تجارب وخبرات الدراسة في المرحلة الأولى ، فالنمو الانفعالي المتزن والنمو الاجتماعي السليم يعتمدان على هذه الخبرات. ولذلك فإنه يحسن بحث ودراسة بعض الطرق التي اتبعت في الخارج في تربية هؤلاء الأفراد ، أما نتائج هذه الطرق المختلفة فهي :

١ — وضع التلاميذ في مدارس خاصة بالعميان :

وقد اتضح أن وضع الأطفال ناقصي البصر مع العميان في نفس الفصول يعود عليهم بأضرار كثيرة ، ومن ذلك أننا نعلم أن ناقصي البصر يعتمدون على حاسة البصر ، وعلى ذلك فإن معظم الطرق والأساليب التي تستخدم في تربيتهم تستغل تلك الحاسة ، أما العميان فيعتمدون أساساً على حاسة اللمس ولذلك يلزمهم طرق أخرى وأساليب

مختلفة. ثم إنه ليس من الحكمة في شيء، لا من الناحية السيكولوجية، ولا من الناحية التربوية. أن نعرض ناقصي البصر دائماً إلى ما يتعرض له العميان. وقد اتضح عمليًّا لمعظم السلطات المسئولة في ميادين التربية والخدمة الاجتماعية والنمو النفسي أن الأطفال ناقصي البصر يستفيدون أكبر إفادة في النواحي الجسمية والعقلية. وكذلك في النواحي الاجتماعية والعاطفية حينما يبقون في بيئاتهم الطبيعية.

ويتضح ذلك أيضاً إذا تساءلنا عن الهدف من تربيتهم في المدارس. أليس الغرض هو إعدادهم للحياة مع المبصرين العاديين؟ إذن وسيلتنا في تربيتهم ينبغي أن تأخذ تقريباً نفس الصورة. وكلما اقتربت هذه الصورة من صورة الحياة العادية بالظروف العادية، كان ذلك في صالح تربيتهم وتدريبهم وإعدادهم للمهن المستقبلة.

٢ – وضع التلاميذ في مدارس خاصة بذوي العاهات:

وهذه الطريقة أفضل بعض الشيء من وضعهم في مدارس العميان، ذلك للأسباب التي ذكر بعضها آنفاً، ولأن المجتمع الذي سيتكون منهم في هذه الحالة سيكون أكثر انسجاماً وتقارباً من المجتمع السابق.

وإن كان يؤخذ على تلك المدارس الخاصة أن فئة ناقصي البصر سيكونون فصلاً منعزلاً عن باقي الفصول وسيكون اشتراكهم في النشاط التعاوني مع مجموعات «خاصة» فنهم الصم أو ثقيلو السمع أو المصابون بأمراض القلب أو الصراع أو ما شابه ذلك.

وعند تقديم هذا النوع من التدريب، ينبغي أن نأخذ في الاعتبار أن العمل والخبرة في مثل هذه الفصول له رد فعل سيء على انفعالات وعواطف هؤلاء الأطفال مما يلوّن شخصياتهم بلون معين له أثر على تكيفهم.

٣ – وضع التلاميذ في فصول خاصة بالمدارس العامة:

وميزة هذا النظام هو إعطاء الفرص للأطفال ناقصي النظر للاختلاط أحياناً بالأطفال سليمي النظر وتحت هذا النظام يمكن خدمة عدد أكبر من الأطفال الذين في حاجة لرعاية البصر في نفس مبنى المدرسة. ولهذا النظام صعوبات وآثار متعدّدة. ليس على الأطفال وحدهم بل على آبائهم أيضاً بل وعلى الموظفين الذين يقومون على خدمتهم، ولذلك يشكو الأطباء والأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون من تلك البرامج التي تتطلب الفصل الاجتماعي والتربوي.

٤ — النظام التعاوني :

والمقصود بذلك تعاون الأنظمة المختلفة لصالح التلميذ، ونجد هنا نظامين أساسيين : ويقتضي أحد هذين النظامين أن يوجد في المدرسة العادية فصل لناقصي البصر، ويعتبر هذا الفصل هو الاساسي للأطفال يبقون فيه بعض الحصص فقط –وهي تلك التي تتطلب استخدام العين عن قرب للقراءة والكتابة ويتركون هذا الفصل في كثير من الحصص الأخرى ليندمجوا مع بقية الأطفال سليمي البصر في كثير من الحصص ونواحي النشاط المدرسي.

أما النظام الثاني فيقتضي أن يكون الأساس هو الفصل العادي، أي أن يبقى الأطفال ناقصي البصر مع العاديين يشتركون معهم في معظم الحصص وفي جميع أوجه النشاط الأخرى فيما عدا تلك التي تتطلب إجهاد البصر.

وهنا ينتقلون إلى فصول بها معدات خاصة. وهذه الطريقة أفضل من السابقة وتقلل من أثر القصور.

من هذا العرض السريع للطرق المختلفة لمعاملة التلاميذ ناقصي البصر في المدارس يتبين لنا أن الكثير من المشاكل النفسية لهذه الفئة تسببها الخبرات المدرسية أو على الأقل ترتبط بها. وإلى أن نتذكر أن هناك عوامل أخرى خلاف المدرسة ومن أهمها ظروف المنزل والشعور فيه بعدم الأمن في كثير من الأحيان، وكذلك عدم ملاءمة التدريب قبل دخول المدرسة، ومختلف الظروف الاجتماعية ومنها كثرة الازدحام في المنزل الضيق، وقلة وسائل الترويح بالإضافة إلى سوء الأحوال المادية، فجميع هذه الوسائل وغيرها تؤثر على السير الدراسي، فإذا لم يصل إلى المستوى الذي يتوقعه الآباء وأظهروا استياءهم للطفل من ذلك، فإن الطفل لا يصدم فقط بآثار قصور بصره على الدرجات المدرسية، بل يقلق لمركزه في المستقبل بين أفراد الأسرة.

مدى التقدم التعليمي

ليس هناك بيانات كثيرة عن التقدم التعليمي للتلاميذ ذوي الإبصار الجزئي، وربما يكون سبب ذلك راجعاً إلى صعوبة الحصول على مواد الاختبار على نطاق تعميمي واسع. وقد حصل بيك (Peck)[1] على نتائج مهمة عند دراسته لكفاءة طلبة مدارس رعاية

(١) Peck, O.S.: Reading Ability of Sight-Saving Class Pupils. Nat. Soc. Prevention of Blindness. Pub. No.118.

البصر في كليفلاند وأوهايو . إذ طبق اختبارات استانفورد الثلاثة الخاصة بالقراءة لقياس التفوق ، على ٢٣٤ طالباً في الفرق من ٢ إلى ٩ وذلك في يناير سنة ١٩٣٢ ثم أعاد نفس الاختبارات على ٢٢٧ طالباً في يناير سنة ١٩٣٣ . وقد حسبت النتائج على أساس الوقت العادي للاختبار ثم على أساس مرة ونصف لهذا الوقت .

وبينت نتائج اختبار سنة ١٩٣٢ أن طلبة الفصل الأول (٢ ب) كانوا أحسن قليلاً مما كان متوقعاً . كما أن متوسط ذكائهم حسب مقياس بينيه وكما قرر العالم النفساني للمدرسة كان ٩٨ وأن النسبة التحصيلية للقراءة بلغت ١٠٠ . كذلك تبين أن تقدم الطلبة في القراءة كان مناسباً عموماً لدرجاتهم . وبزيادة فترة الوقت مرة ونصفاً أمكن زيادة درجاتهم بعض الشيء وكذلك قدرتهم على القراءة . كما أن متوسط الذكاء لتلاميذ كل فصل أظهر أنهم ذوو ذكاء عادي على العموم . ولم يعط المتوسط لدراسة الـ ٢٣٤ حالة لكن كان متوسط الذكاء للـ ١٦ فصل هو ٩٤ .

وقد طبقت الاختبارات على ٢٢٧ حالة في العام التالي . وقد تبين من النتائج أن هناك تحسناً طفيفاً في القدرة على القراءة ، وأنه لم يظهر أي دليل فيما يختص بالحالات التي درست على أن هناك أي عيب خطير في القدرة على القراءة .

وقد قامت هادلي (Hadley)(١) باختبار القدرة على الهجاء بواسطة مقياس مكال (McCall) للهجاء ، وبينت أن متوسط الدرجات التي حصل عليها ٣٧ فصلاً كانت متعادلة تقريباً مع المعايير العادية ، كما بينت عدم وجود ارتباط بين قوة الإبصار الجزئي والمهارة في الهجاء .

أما تقرير لندن(٢) فقد أثبت المساواة بين المبصرين وذوي الإبصار الجزئي في اختبارات الحساب ووجد أن الأخيرين أقل كفاءة في القراءة من المبصرين وبما أن مستوى الذكاء للفئتين متعادل فقد عللت اللجنة ذلك بضعف بصر ذوي الإبصار الجزئي . وكانت هناك بعض ملاحظات خاصة بأعمار هؤلاء الأطفال ، فكانت نسبة زيادة السن عن متوسط العمر لهذه الفصول كبيرة جدًّا ، كما ازدادت أكثر بعد أن أمضى التلاميذ فترات مختلفة في فصول رعاية النظر ، غير أن ماير (Myers) يعترض على ذلك بأن نسبة السن

---

(١) Hadley, H.C.: Sight-Saving Classes in the Public Schools. Heer, Columbus.

(٢) Report of the Committee of Inquiry into Problems Relating to Partially Sighted Children. H.M.S.O. London, 1934.

هذه كانت تزداد أكثر إذا انتظم هؤلاء التلاميذ ذوو الإبصار الجزئي في فصول عادية. وقد وجد أن نسبة النجاح من بين ٢٠١٣ حالة ٨٧.٨ وهي نفس النسبة لجميع التلاميذ في فيلادلفيا عند وقت عمل البحث، على أن تقرير لجنة البيت الأبيض أعطت نسبة للنجاح من بين ٣٥٦ حالة مقدارها ٧٣,٧٪ قبل دخول فصول رعاية النظر ثم قفز هذا التقدير إلى ٩١٪ بعد دخول نفس الطلبة إلى فصول رعاية البصر وخرجت من ذلك بأن الدراسة بالفصول الخاصة تؤهل الطلبة لمزاولة الدراسة في الفصول العادية.

وملخص ما تقدم هو أن أعمار التلاميذ ذوي الإبصار الجزئي تزيد عادة عن الأعمار في الفصول الموازية وأن الدراسة بالفصول الخاصة ربما ساعدت الطلبة على متابعة دراساتهم بالفصول العادية ومجاراة زملائهم فيها، على أن هذه المعلومات غير كافية وغير مؤكدة ويتحتم إجراء أبحاث كثيرة في هذا المضمار لإظهار حقائق جديدة نافعة.

مشاكل التكيف الشخصي

إن مجرد الشعور بالاختلاف عن العاديين يسبب للفرد حالة قلق نفسي، وكما نعلم، لا يمكن الفصل عادة بين نواحي القصور الجسمي والشعور النفسي، فالارتباط بينهما رثيق.

وهناك بعض البيانات التي تدل على ارتفاع نسبة المصابين بالعصاب بين هذه الفئة من المصابين بنقص البصر أكثر من النسبة المعتادة، وأنه كلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ[1]. ومن الملاحظ أيضاً أن نصيب هذه الفئة من عناية المهتمين بالخدمات الاجتماعية والنفسية دائماً أقل من نصيب الفئات الأخرى من ذوي الإصابات والمشكلات. وغالباً ما يكون عصاب الفرد راجعاً إلى عدم معرفته بطبيعة النقص الذي عنده، وعلى ذلك فمن الأفضل أن يشرح للفرد تفاصيل النقص الذي في بصره. ويشرح له كيفية التغلب على هذا النقص، وتعطى له الفرص المناسبة ليعمل وينشط في تلك النواحي التي لا تتطلب القدرات التي تنقصه. وبذلك نضمن تحسناً في حالته الانفعالية.

وإن ما يفرضه البصر على الفرد في النواحي الاجتماعية والانفعالية متعدد ومتنوع. ومن الأفضل أن ننبه إلى أن ما سنذكره الآن عن العوامل الانفعالية ودلالتها لا يمكن أن يكون عامًّا. فأثر الحالة عند شخص معين يختلف تماماً عن أثرها هي نفسها عند شخص آخر،

---

(١) Bahn, Charles, A.: "The Psychoneurotic Factor in Opthalmic Practice". A.J. of Opthalmology, 1943, 26, 4.

فالاستجابات نحو المشكلات الشخصية أو المشكلات التي يثيرها أفراد المجتمع الخارجي تختلف تماماً من فرد إلى آخر وتؤثر في النهاية على مقدار تكيفه.

وإن عيوب نقص البصر هذه قد ترتبط مباشرة بنمو شعوره بالخوف وضرورة الاعتماد على غيره. ولو كان النقص يتطلب الاعتماد جزئيًّا على غيره، فإن الطفل قد يتمادى في ذلك ولا يثق في نفسه ويعتمد كثيراً على غيره، ومن أجل ذلك ينبغي عمل التشخيص المبكر، والبدء في العلاج بأكبر سرعة ممكنة قبل أن يكون الطفل تلك العادات وتتأصل في نفسه، ويصبح من الصعوبة بمكان استئصالها فيما بعد... ومثل هذه المشاكل قد تتخذ صورة مبكرة في حالة الآباء الذين يتأثرون بشدّة لأبنائهم، وتزداد حساسيتهم كثيراً.

ويزداد الخوف والشك نتيجة المنافسات غير العادلة سواء في المنزل أو الدراسة، وإن ضعاف البصر من الأطفال الذين لا يعرفون أن بصرهم أقل من مستوى بصر زملائهم يرتبكون لعدم فهمهم السبب في تأخيرهم في الدراسة عن زملائهم.

ولقد عملت بعض المحاولات لدراسة العلاقة بين ضعف البصر ومشاكل الأحداث المشردين. فوجد أحد الدراسين[1] نسبة الأطفال المصابين بعيوب في البصر من بين الأحداث المشردين أكبر من نسبتها بين تلاميذ المدارس العاديين، مما جعله يقترح أن عيوب البصر تؤدي إلى عدم راحة أصحابها وعدم تكيفهم في المدرسة، مما يؤدي بهم إلى التخلص من هذا الجو عن طريق الهرب الذي يؤدي بدوره إلى التشرد. كما بينت الدراسة أن فقد إحدى العينين كان يتبعه الشجار وعدم الطاعة وسرعة الاستثارة والقسوة على الآخرين وما إلى ذلك من السمات ويبدو أن هذه الصفات كانت ضرورية لأصحابها حتى يستطيعوا الوقوف أمام مضايقات الزملاء بالمدرسة. كما لوحظ أن المراهق المصاب بنقص البصر كان يحاول حماية نفسه والتغلب على الصعوبات التي تقابله بالالتجاء إلى «الخشونة».

وإن نقص البصر قد يكون منذ بدء الحياة، وقد يكتسب في أي فترة، ويتوقف أثر هذا النقص في نمو الشخصية على الوقت الذي تبدأ فيه الإصابة، وعلى الوقت الذي يبدأ أثرها في الظهور لصاحبها ولأفراد المجتمع الخارجي. وهناك بعض عيوب البصر كالحول مثلاً تظهر في بدء حياة الفرد ولكنها لا تؤثر على النمو الوجداني أو النمو الاجتماعي للطفل حتى يلحق بالمدارس وما لم تعالج العين قبل ذلك فقد ينشأ الطفل هياباً، وجلاً، يشعر بالخجل ويميل إلى الانطواء وعدم الانسجام مع الآخرين وقد تبين أن حالات كثيرة من

(١) Wallace, Eugene: "Physical Defects & Juvenile Delinquency". N.Y. State Journal of Medicine, 1940, 40, 21.

المراهقين والشباب تقدموا كثيراً في علاقاتهم الاجتماعية بعد إجراء العمليات الجراحية لتصحيح أوضاع العين وتحسينها، وطبيعي أننا لا ننتظر أن مثل هذه العمليات تؤدي في جميع الحالات إلى سرعة زوال الآثار والمشاكل السيكولوجية التي تكونت في سنوات عديدة.

وإن تشوهات الوجه بسبب العين ولونها أو حولها، أو الجفون المتهدلة، والجلوكوما أو غيرها، قد تؤدي بأصحابها إلى الابتعاد عن المجتمعات لتجنب الارتباك والشعور بالنقص والتعرض لحرج الشعور. هذه المشاعر تقل كثيراً إذا كانت البرامج التربوية التي يحصل عليها هؤلاء الأشخاص من النوع الذي يهيء الفرص للاختلاط المستمر المتنوع بالأشخاص والزملاء العاديين.

والشخص القصير النظر بشكل واضح جدًّا يكون عادة من النوع المنطوي الأناني، الذي يركز كل اهتمامه حول نفسه ويشغل نفسه دائماً بأنواع من النشاط لا تضطره للاختلاط بالآخرين ولا تؤدي إلى صحة نفسية سليمة. ولما كانت المسافة التي يستطيع رؤيتها قصيرة، فإنه عادة لا يشترك مع زملائه في الألعاب الرياضية ويلجأ إلى القراءة وغيرها من الأعمال التي تتم قريبة من العين. وإن انعدام النشاط الجسمي يؤدي عادة إلى نمو غير سليم للقامة ويؤدي عادة إلى صحة عامة سيئة للغاية. وإذا كانت حالة عينه من النوع القابل للتطور فإن سلوكه هذا وأعماله تلك قد تؤدي إلى إساءة أكبر وأسرع للبصر.

وعلى العكس من ذلك الشخص الطويل النظر بشكل واضح جدًّا، ربما يصبح كسولاً لا يكترث كثيراً ومنبسطاً للغاية. مثل هذا الشخص الذي يستطيع أن يرى عن بُعد، قد يشترك في النشاط الرياضي ويهتم به كثيراً ولا يكترث بالأعمال المدرسية كالقراءة والكتابة والحساب وغير ذلك مما يتطلب إجهاداً للعين.

وإذا كانت عيوب البصر من النوع الذي يزداد سوءاً بمضي الوقت، فيجب بذل جميع الجهود الممكنة لمنع تقدم الشعور بالقلق والخوف من تطور الحالة إلى العمى الكامل. وليس من الحكمة في شيء أن ينصح المصاب باستخدام طريقة «بريل» أو غيرها مما يرتبط بالعمى، اللهم إلاّ لو تطورت الحالة ووصلت فعلاً إلى فقدان البصر، أما إعداد ناقصي البصر لحالة العمى الكامل باتباع مثل هذه الأساليب فإنه يؤثر على الحالة النفسية للمصاب تأثيراً سيئاً مما يؤدي إلى صعوبة التشغيل والتأهيل في المستقبل.

وإن معظم الأفراد الذين يشكون من نقص في بصرهم يأتي عليهم وقت يشعرون فيه

بالضيق ويتساءلون عن هذا الخطأ وعن قدرته على منع حدوث هذا النقص. كما أنهم يودون لو علموا عن احتمال تسرب هذا النقص إلى أبنائهم.

وفي أغلب الاحلات تكون أمراض العيون أو عيوب البصر نتيجة لعوامل وراثية وأخرى بيئية، وعلى ذلك فلا يمكن إعطاء تشخيص وافٍ دون دراسة تفصيلية لتاريخ الأسرة والظروف التي أحاطت بالشخص قبل ولادته.

والعيوب الخليقة تظهر في الشخص منذ ولادته، ولكن ذلك لا يستلزم أن تكون وراثية. فبعضها يكون نتيجة لعدم تكامل البناء الجسمي بعضها يكون نتيجة التهابات أو عدوى أو غير ذلك، فالحصبة الألمانية ومرض الغدة النكفية ومرض الأم ببعض الحميات في الشهور الثلاثة الأولى للحمل قد تؤدي الى مرض الكاتاراكت أو بعض العيوب بالشبكية أو القرنية أو صغر حجم العين كثيراً. وكذلك الأطفال الذين يزنون أقل من ثلاثة أرطال عند الولادة، نجد منهم نسبة تزيد عن ١٠٪ يصابون بإصابات مختلفة في البصر كالكاتاراكت أو الجلوكوما أو انفصام الشبكية أو العمى الجزئي أو غير ذلك.

ولا يزال السبب في ذلك مجهولاً حتى الآن كما أن طريقة العلاج غير معروفة.

وإن نسبة كبيرة من عيوب البصر المعروفة وأمراض العيون ترجع إلى عامل الوراثة. وفي حالة العيوب التي تعزى إلى الوراثة فقط، نجد أن الجينات الخاصة بالعين وتركيب جزئياتها ووظائفها تعمل حسب قوانين الوراثة.

وإن بعض عيوب البصر تنتقل من جيل إلى آخر على أنها صفات غالية مثل الجولوكوما وبعضها يكون صفات متنحية كلون العين الفاتح كثيراً والبعض الآخر صفات ترتبط بالجنس مثل عمى الألوان وكبر حجم القرنية كثيراً عن المعتاد. وهناك بعض العيوب التي قد تكون أحياناً صفات غالبة وأحياناً أخرى متنحية أو كامنة، كما أن هناك اختلافات في هذا الصدد بين العائلات. وإذا كان لدينا شخصان متشابهان تماماً من حيث عيوب البصر، فقد يُظهران نمطين مختلفين للوراثة[1].

والأشخاص ذوو العيوب في البصر يجب دراسة حالاتهم وتاريخ أسرهم تفصيلاً ثم ينبغي إيقافهم على العيوب التي عندهم واحتمالات توريثها. ولهم أن يصمموا هم وحدهم إذا ما كانوا سيتحملون مسؤلية احتمال توريث هذه العيوب لذريتهم.

---

(١) Falls, Harold F.: Congential & Hereditary Eye Diseases. Sight-Saving Review, 1949, 19, 2.

نعلم أن من واجبات المدرسة أن تكتشف استعدادات كل طالب وقدراته وميوله، وتبصره حتى يعمل على إنمائها، وحتى يستطيع أن يقرر اتجاهاً مناسباً لمهنته المستقبلة، وينبغي أن يكون توجيهنا لناقصي البصر عادلاً، فلا نعوقهم سيكولوجيًّا بأن نمنحهم مساعدات أكثر من اللازم، أو على العكس نؤكد على أصحاب الأعمال وننبههم لضرورة مراعاة فروق البصر. وقد يكون هناك بعض الفروق الواضحة، ولكن ذلك لا يتضمن ضرورة التحديد. وإن زيادة توكيد الحدود قد تؤدي إلى زيادة الرقابة، وهذا يؤدي بالتالي إلى تضييق احتمالات التوسع في المهنة وفي الطرف الآخر من الموضوع، نجد أن عدم محاولة الاعتراف بالحدود قد يؤدي في بعض الأحيان إلى أن يبذل الفرد مجهودات فوق طاقته بكثير مما يعود على بصره بأوخم العواقب.

ومن الملاحظ أنه عند توجيه ناقص البصر إلى العمل ينسى بعض الناس أن في استطاعة الكثيرين أن يعملوا الكثير من الأعمال التي يقوم بها المبصرون خصوصاً لو أخذنا في الاعتبار التعلم والخبرات السابقة. والواجب ألاّ نكتفي فقط ببحث درجة القصور، بل لا بد من دراسة طبيعية أيضاً. كما أنه ينبغي ألاّ يقتصر البحث على دراسة ما يستطيع الشخص عمله، بل يجب أن نبحث الأشياء التي يمكن أن يسمح له بالعمل فيها دون غيرها بالرغم من قدرته على عملها، فواجبنا أن نراعي مصلحة الآخرين أيضاً ممن يعملون حوله، ولا نعرضهم لأخطار. فالشخص المعرض لانفصال شبكي ينبغي أن يبتعد عن الأعمال التي تتطلب رفع الأثقال والشد والجذب والقفز والجري، كما ينبغي تجنب أعمال العمارات وإلاّ تعرض للوقوع من فوق السقالات والوقوع في الحفر وما إلى ذلك.

والمصابون بالجلوكوما ينبغي عليهم تجنب المواقف التي تؤدي إلى استثارة الانفعالات واضطراب ضغط الدم. فلهذا أسوأ الآثار على بصرهم.

وبعض أمراض العين تحتاج إلى إضاءة أكثر من العادية وبعضها الآخر لا يمكن لأصحابها العمل في الضوء الزائد عن الحد. هذه الحقائق وغيرها لا بد من أن تؤخذ في الاعتبار عند التوجيه والتشغيل.

وينبغي ألاّ نكتفي بتحليل حالة الإبصار عند العامل، بل لا بد من تحليل العمل جيداً لبحث احتياجاته البصرية[1]. هذا مع مراعاة الفروق بين الأفراد في قدرتهم على

(١) Kuhn, Hedwigs: "Visual Job Analysis and Prescribing for Special Work Distances". Sight-Saving Review, 1943 Supplement, Vol. 13, No. 4.

التكيف إزاء الأعمال النوعية.

وللإبصار مقاييس متعددة يكمل بعضها بعضاً ومن هذه :

١ – حدة البصر في كل عين.
٢ – توافق العينين.
٣ – تحريك عضلات العين في مختلف الاتجاهات.
٤ – سعة محيط الإبصار.
٥ – عمى الألوان.

ولحسن الحظ أن معظم الأعمال لا تتطلب الكمال في جميع وظائف العين، وإنه لمن السهولة بمكان التعرف على لزوم أي وظيفة من وظائف العين لأي مهنة من المهن. وتحليل العمل يفيد كثيراً لوضع الأفراد ناقصي البصر في أعمال يمكن استغلال بصرهم فيها إلى أقصى حد ممكن. ولن يتم هذا التحليل إلاّ بملاحظة العمل فعلاً من مجموعة كبيرة من الأخصائيين الفنيين في مختلف النواحي. الإضاءة، الانتاج، الهندسة، الطب، طب العيون. الخدمات الاجتماعية والتوجيه، فكل منهم لا بد وأن يدلي بدلوه في الموضوع[1].

وعند تحليل أي عمل من الأعمال، لا بد أن يؤخذ في الاعتبار تلك العوامل التي ترتبط براحة العين وسلامة العمال وتزويدهم بالنظارات أو ما شابه إذا لزم الأمر وتنظيم فترات العمل.

ويمكننا أن نذكر ثلاث احتياجات رئيسية حتى يمكن الحصول على أكبر فائدة من العمل إذا كان الإبصار عند العمال يختلف من حيث النوع أو الدرجة وهذه هي :

١ – تحليل الفرد تحليلاً دقيقاً من حيث المؤهلات، والإمكانيات والاتجاهات النفسية.

٢ – تحليل العمل تحليلاً دقيقاً من حيث الاحتياجات البصرية وغيرها.

٣ – تشغيل الفرد على أساس هذه الدراسة والتوفيق بين احتياجات العمل وإمكانيات العميل.

(١) Stump, Frank: Job Analysis as Related to Visual Skills. Pub. No. 491. National Soc. for the Prevention of Blindness. N.Y.

كلمة ختامية

ويتبين من هذا الفصل جهلنا بكثير من مشاكل ضعاف البصر وأسبابها ، فالتعليم الخاص بهم ما زال حديثاً والأبحاث في هذا المضمار كانت مركزة على نظام وإدارة ومعدات الفصول الخاصة (فصول رعاية البصر) لكننا نعلم القليل جدًّا عن الطلبة أنفسهم. ومن المحتمل أنه من ناحية الذكاء العام لا يوجد فرق كبير بين ذوي الإبصار الجزئي وبين المبصرين ، ولو كان هناك فرق كبير لظهر واضحاً جليًّا لمدرسيهم ، أما عن أنسب مقاييس الذكاء فليست معروفة بالضبط ، وعن مدى التقدم التعليمي لهذه الفئة فليس هناك سوى بيانات ضئيلة عنهم. على أنه يبدو أنهم يتقدمون ببطء أكثر ، من فرقة إلى أخرى ، إذا قورنوا بالمبصرين ؛ ولكن سبب ذلك غير معروف بالتحديد وربما كان مصدره ضعف نظرتهم أو عدم حصولهم على تعليم بدرجة كافية في الفصول الخاصة بهم أو لهذه الأسباب مجتمعة أو غيرها.

زد على هذا أننا لا نعلم بشكل أكيد إذا كانت الدراسة في الفصول الخاصة تؤدي إلى المساعدة المرجوة منها كما أنه ليس هناك أبحاث وافية عن الشخصية ومشاكلها.

وينبغي أن نعلم إذا ما كانت هناك مشاكل خاصة يسببها ضعف بصرهم ، وإذا كان كذلك فما مدى معرفتنا بها ، ومدى المحاولات المبذولة لحلها والتغلب عليها.

لقد بدأ تعليمهم بداية طيبة وموفقة ، لكن دراسة نفسيتهم لم تبدأ بعد بشكل منتظم ، وما زال هذا المجال بكراً ، وفي مسيس الحاجة إلى الدراسة والبحث.

المراجــع

١ - مقال عن «ضعاف البصر بين تلاميذ مدارس المرحلة الأولى» للدكتور مصطفى فهمي . صحيفة التربية . نوفمبر ١٩٥٤ .

2. Hathaway, Winifred: *"Education and Health of the Partially Seeing Child."* N.Y. Columbia V.P. 1948.
3. Peck, O.S.: *"Reading Ability of Sight-Saving Class".* Pupils. Nat. Soc. Prevention of Blindness. Pub. 118.
4. Hadley, H.C.: *"Sight Saving Classes in the Public Schools."* Heer, Columbus, 1927.
5. Report of the Committee of Inquiry into Problems Relating to Partially Sighted Children. H.M.S.O. London, 34.
6. Bahn, Charles, A.: *"The Psychoneurotic Factor in Opthalmic Practice."* A.J. of Opthalmology, 1943, 26, 4.
7. Wallace, Eugene: *"Physical Defects & Juvenile Delinquency".* N.Y. State Journal of Medicine, 1940, vol. 40, No. 21.
8. Falls, Harold F.: *"Congenital & Hereditary Eye Diseases".* Sight-Saving Review, 1949, 19, 2.
9. Kuhn, Hedwig S.: *"Visual Job Analysis and Prescribing for Special Work Distances."* Sight-Saving Review, 1943. 13, 4.
10. Stump, Frank.: *"Job Analysis as Related to Visual Skills."* Pub. No. 491. National. Soc. for the Prevention of Blindness N.Y.

الفصل السابع

سيكولوجية المصاب بشلل الأطفال

مقدمة :

لا نستطيع أن نقدر بشيء من الدقة عدد المصابين بشلل الأطفال في مصر . ولكن الإحصاءات في سنة ١٩٤٧ تبين أن عدد المشلولين عامة ١٠٢٧٤ شخصاً من بين جملة التشوهات البالغ عددها ٤٣٠٤٨ أي بنسبة ٢٣٪ تقريباً .

وهذه النسبة الكبيرة تتضمن أناساً مصابين بشلل الأطفال أو بأنواع أخرى من الشلل . أما الإحصاءات الدقيقة في أمريكا فقد بينت ان ٥٪ من حالات العجز الجسماني بين الذكور ترجع إلى شلل الأطفال ويقابلها ١٠٪ بين الاناث . والشيء الذي يبدو لنا جميعاً هو أن هذه الحالات قليلة لأننا لا نقابلها كثيراً . والسبب في ذلك واضح . فغالبيتهم يلازمون دورهم وذلك لعدم مقدرتهم على الحركة . وقد قابلت بعضهم يمشي على الأطراف الأربعة وبعضهم الآخر لا يمشي على الأربع فقط . بل يتلفظ بكلمات غير مفهومة وبأصوات غريبة . وتلك حالات متطرفة . ومعروف أن رؤية المصاب بهذا المرض يسبب الذعر للكثيرين بل إن سماع لفظ «شلل الأطفال» كاف لإثارة الذعر .

وقد لجأ بعض المغرضين في الأعوام القريبة الماضية إلى نشر إشاعات على شواطئ الإسكندرية مؤداها أن ماء البحر ملوث بالميكروبات التي تؤدي إلى شلل الأطفال مما جعل معظم المصطافين ينفرون من البحر – بل من الثغر كله .

ولقد بدأنا أخيراً في مصر نهتم بهذا المرض . فأنشئ معهد مستقل لشلل الأطفال بعد أن كان المصاب القادر يعالج في سويسرا أو غيرها . والكثرة العظمى من المصابين يبقون بلا علاج أو رعاية .

ومرض من هذا النوع في غاية الأهمية بالنسبة للمهتمين بالتأهيل المهني . فكثير من المشاكل التي يواجهها المصاب بشلل الأطفال تنصب على القيود التي ينتجها المرض لحركته الجسمانية ، والكثير من هذه المشاكل تتركز حول التكيف النفسي للمريض وكذلك تكيف المقربين إليه إزاء هذه العاهة ونتائجها ولذلك يلزم تفهم المرض وأسبابه ونتائجه والتدابير التي يمكن اتخاذها للسيطرة عليه ولعلاجه حتى يمكن تقدير مدى خطورته وتأثيره على ضحاياه .

مرض شلل الأطفال – أسبابه وأعراضه

عرف البشر هذا المرض منذ القدم وقد شوهد ذلك في الصور القديمة التي يظهر فيها أشخاص ذوو أجسام غير سليمة نتيجة لتصلب عضلاتهم أو نتيجة لزيادة الإجهاد على الهيكل العظمي بسبب انعدام التوازن بين مجموعات العضلات المختلفة مما أوجد اضطراباً في المجموعة العصبية .



(شكل ٦)
صبي مصاب بشلل الأطفال
ويسير على الأربع قبل حصوله على الجهاز

وقد ذكر هذا المرض فيما كتبه اندروود (Underwood) منذ أكثر من ١٦٠ سنة -- بالرغم من أنه لم يعط اسماً للمرض إلاّ أنه وصفه بأنه شلل يعقب أحد أمراض الهزال . وأول وصف للمرض قام به « هين» (Heine) في سنة ١٩٤٠ ، ثم مضت خمسون سنة دون أن يحصل بشكل وبائي ومنذ ذلك الوقت كتبت أبحاث مختلفة عن أعراض المرض وأسبابه ووسائل مكافحته وعلاجه .

وسبب حصول هذا المرض للإنسان هو ميكروب غاية في الدقة وصغر الحجم لدرجة أنه لا يرى بواسطة أدق الميكروسكوبات العادية ، بل يرى فقط باستعمال الميكروسكوب الإلكتروني .

ومن الملاحظ أن الأبحاث الخاصة بالمرض وبطرق وصف الجرثومة ومدى حيويتها ومقاومتها لمختلف العوامل الجغرافية في مختلف المناطق قد أحرزت تقدماً ملحوظاً مما يجعلنا نتفاءل ونتوقع نتائج باهرة للسيطرة على هذا المرض العضال، ويوجد تبيان لهذا التقدم في الملخص الذي قام بعمله «بول» (Paul)[1] حديثاً.



(شكل ٧)
نفس الصبي بعد حصوله على الجهاز
(وفي حالة ارتدائه الملابس كاملة يبدو عاديا)

وبينما ننتظر مؤملين التوفيق في استئصال هذا المرض، فإننا ما زلنا نواجه المشاكل التي يتسبب فيها إذا ما نجح ميكروبه في الاستقرار في جسم طفل أو شخص كبير، فمن الصعب أن نحصر عدد من أصيبوا بشلل الأطفال بشكل خفيف لا يسهل تشخيصه أو التعرف عليه طبيًّا، فكثيراً ما تصيب أعراضه الأولية أشخاصاً كثيرين وتعرف هذه الأعراض أنها خاصة بأمراض وبائية أخرى ومنها الصداع، والألم الخفيف في الرقبة أو الظهر، الحمى الخفيفة، رشح الأنف. وربما لا تزيد الأعراض عن ذلك، ويبرأ منها المصاب بعد يوم أو اثنين ويعتقد أنها لم تكن سوى برد بسيط أو انفلونزا خفيفة.

ومما لا شك فيه أن بعض هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بمرض شلل الأطفال بشكل غير ظاهر طبيًّا وأن أجسامهم استطاعت أن تكتسب حصانة ضد المرض وأن تتغلب على جرثومته. أما بعضهم الآخر الذين ليس لديهم نفس القدرة على مقاومة المرض وجرثومته أو عندهم حصانة ضد نوع خاص من الجرثومة، هؤلاء يصابون بالمرض إذا ما تعرضوا له أو للنوع الجديد من الجرثومة التي لا حصانة لديهم منها.

وأغلب الذين يصابون بالمرض يكونون من الأطفال حيث ان ٧٥٪ ممن أصيبوا به كانوا بين سن سنة واحدة إلى ١٥ سنة أما النسبة الباقية فبين سن ١٦ إلى ٤٠ سنة.

(١) Paul, John R.: A Summ-ry of Current Knowledge and Trends in Poliomyelitis. The Merck Report, 1952, 6

ومن الشائع أن يصاب الأطفال بالمرض كما حدث أن أصيب أشخاص في العقد الرابع من أعمارهم في الأماكن الموبوءة بهذا المرض.

وعند حصول المرض تكون أعراضه الشائعة هي جفاف الحلق، القيء، الصداع، الحمى، وثقل الجسم والشعور بالخمول، وبالرغم من أن هذه الأعراض لا يختص بها شلل الأطفال بالذات، إلا أنها إنذار بضرورة التزام الحيطة وعمل ملاحظات دقيقة على المصاب لحمايته من المرض، ويمكن للطبيب المجرب عند الفحص الطبي أن يبحث عن أعراض وعلامات مميزة مثل تصلب الرقبة والظهر التي توحي بدرجة أكبر أن التشخيص ربما يكون شلل الأطفال ويمكن التأكد من ذلك بفحص النخاع الشوكي وبواسطة التجارب الكلينيكية الأخرى.

وسرعان ما يحدث الألم المترتب عن الحركة الجسمانية ويصحب ذلك وصول الشلل للعضلات الثانوية. ثم يحدث بعد بضعة أيام شلل بمجموعة العضلات ويكون ذلك واضحاً ملموساً.

هذا هو وصف موجز لمرض شلل الأطفال الذي يصيب النخاع الشوكي (''Spinal'' Polio) غير أن هناك أشخاصاً يصابون في أطرافهم العليا أو في عضلات التنفس أو العضلات الخاصة بالبلع والكلام، وهؤلاء يكون لديهم شلل الأطفال من نوع (bulbo-spinal) الذي يتركز أثره كلية على أعصاب الحركة الخاصة بالأجزاء العليا من حبل العنق ويستمر في الانتشار حتى يصل إلى امتداد النخاع الشوكي في داخل الرأس.

وفي هذه المرحلة تتأثر أعصاب الصدر والحجاب الحاجز وأعصاب الكتفين والذراعين واليدين، ولهذا فإن معظم المرضى من هذا النوع هم الذين يسكنون «جهاز التنفس» (respirator) في إحدى مراحل علاجهم.

وهناك طائفة ثالثة وعددها أقل تصاب بشلل الأطفال يحدث نتيجة لإصابة النخاع المستطيل وتتميز بإصابة مراكز الأعصاب الخاصة بالأعضاء العليا بشكل خطير أو اصابة المراكز الحيوية من المخ، وهذا بالإضافة إلى إصابة الأعصاب الرأسية (Cranial) وربما تحصل بعض الإصابة في أغشية الرأس أو في السحايا. ومن الواضح أن معظم وفيات شلل الأطفال تكون من هذه الفئة أو من فئة المصابين في العمود الفقري.

أما من وجهة نظر أخصائي التأهيل المهني فإن معظم المرضى الذين يحتاجون إلى

المساعدة للتكيف مع العجز الجسماني وللتكيف تجاه حياة نفسية اجتماعية مهنية جديدة ينتمون إلى الفئة المصابة بشلل الأطفال من النوع الأول أو الثاني وفي حالة حصول المرض في النخاع المستطيل غالباً ما يشفى المريض بدون حصول أي عجز جسماني بالرغم من أنه قد يحدث تغيراً في المزاج أو في القدرة العلمية.

ويستحسن ذكر شيء من العملية الباثولوجية حينما تدخل الجرثومة جسم الشخص، فمع أننا غير متأكدين من أن الفم هومدخل الجرثومة، إلا أنه يمكن القول بأنه مدخل مهم، فبعد أن تدخل الجرثومة عن طريق الفم فإنها تشق طريقها إلى مجموعة الأعصاب المركزية، وحينما تصل إلى هناك فإنها تفضل الاستقرار بين خلايا القرن الأمامي للنخاع الشوكي (cells of the cord anterior horn) حيث تتغذى بإنتاج هذه الخلايا وتعيش عالة عليها، ومن حسن الحظ أنه أحياناً ما تقاوم الخلايا هذه الجرثومة وتتغلب عليها، وعند ذلك تكون الخلايا التي استطاعت التغلب على الجرثومة وتلك التي لم تستطع التغلب عليها تكون عاجزة عن الحركة والعمل. وذلك لفترة ما، فإذا ما حصل ذلك ينعدم الدافع للحركة حيث لن تستطيع هذه الخلايا العصبية توصيله إلى الأعصاب، أما الخلايا التي تتحطم كلية فإنها تفقد بصفة دائمة ولن تكون ذات فائدة مرة أخرى، أما التي استطاعت التغلب على الميكروب فربما تستعيد نشاطها وحيويتها مرة أخرى في خدمة الأعصاب المرتبطة بها. ومن سوء الحظ أنه لا يمكن معرفة أي الخلايا العصبية يمكن استعادتها وبأي نسبة مما يكون مصدراً للانشغال والألم العميق للمريض وأهله، ويكون ذلك إحدى المضاعفات التي تطرأ على برنامج المساعدة المرسوم للحصول على نتيجة طبية من حيث التكيف الاجتماعي والمهني. وعلى أية حال فإن الأخصائي الذي يقوم بتنفيذ هذا البرنامج يمكنه استغلال الخلايا والأعضاء غير المصابة أو التي تكون إصابتها جزئية ويسيرة. ويمكن للمريض بناء على ذلك الاستفادة من مواهبه الموجودة حاليًا، حيث إنه سيحصل على سرور متزايد بسبب حصوله على درجة أكبر من القدرة على الحركة، وبذلك يساعد على تنفيذ البرنامج الموضوع لخدمته وتأهيله، وفي الوقت نفسه يكون ذلك دافعاً لليأس بالنسبة للمريض إذا لم يحصل على نتيجة إيجابية تتمثل في الحصول على المزيد من الحركة وخصوصاً إذا كان قد بدأ فعلاً في تنفيذ برنامج حياته المستقبلية.

العوامل النفسية للمصاب بشلل الأطفال

بعد أن سردنا لمحة سريعة لطبيعة مرض شلل الأطفال ، نحب أن نذكر العوامل النفسية التي تعتري المرضى المصابين به إذا ما سبب عجزاً مستديماً . ومن البديهي أن نركز اهتمامنا على أربع مشاكل أساسية .

(أ) النواحي النفسية للمريض قبل حصول المرض والعجز .

(ب) النواحي النفسية التي تنشأ مباشرة عن المرض .

(ج) التغيرات النفسية التي تطرأ نتيجة لتصرفات المريض إزاء عاهته .

(د) المشاعر النفسية والتفاعل الذي ينتج من اتجاهات الآخرين نحو المريض وتصرفاتهم بالنسبة إليه .

(أ) المميزات النفسية للمريض قبل حدوث المرض والعجز الجسماني :

غالباً ما ترجع سمات السلوك إلى الظروف التي تبدو لنا واضحة . ولذا فإننا كثيراً ما نرجع الخصال الحميدة أو الرديئة في الشخص المريض إلى عجزه الجسماني ، فكثير من الأشخاص اعتبروا أن سر عظمة فرانكلين روزفلت ونجاحه نشأ عن إصابته بمرض الشلل ، كما يقرنون عبقرية بتهوفن الموسيقية بإصابته بالصمم أو يعتقدون أن الشرير الذي يظهر في السينما ضحية لما تعود عليه من إتيان الشر أو لسوء حظه الذي نشأ عن قذارة بيئته .

فإذا فكرنا في ذلك بإمعان بصرف النظر عن تأثير العجز الجسماني على الشخصية ، نجد أنه من الأهمية بمكان الأخذ في الاعتبار ، المميزات الوراثية (فيما عدا العجز الخلقي) . وكذلك تجارب الشخص قبل حصول المرض المقعد أو الحادثة حيث إنه لا يحتمل أن يتسبب مرض أو حادثة ينتج عنها تغير جسماني في محو كل ما اكتسبه الشخص من تجارب وثقافة طبيعية أو تربية وتهذيب . ومن ثم فيجب استقصاء تاريخ الشخص مهنيًّا واجتماعيًّا ونفسيًّا قبل الحكم بأن حالته الراهنة ناشئة عن إصابته بشلل الأطفال . فالمريض الذي أخفق في حياته المدرسية ، كان يشعر بعدم التكيف في علاقاته بالمنزل وبالمجتمع ، أو الذي لم يستطع أن ينمي لديه شعوراً بقيمته الشخصية أو بالثقة بنفسه أو بالشعور بالأمن والاستقرار وذلك قبل حصول المرض له ، فمن غير المحتمل أن يطرأ على حياة هذا الشخص أي تحسن نتيجة لعجزه الجسماني ، اللهم إلا إذا كان هذا العجز قد هيأ له بيئة جديدة قد تكون أحسن من بيئته الأصلية . كما أنه لا يحتمل أن يصبح هذا الشخص

جشعاً وقاسياً يميل إلى العدوان والعنف أو يصبح خجولاً ومنطوياً على نفسه إلا إذا كانت هذه الصفات لديه فعلاً من نوع أو آخر أو بشكل غير ظاهر قبل حصول العاهة الجسمانية. ولهذا يجب على أخصائي التأهيل المهني أن يعد برنامجاً لمساعدة المريض في حياته المستقبلية على هدى من تاريخ حياته السابقة ويجب عمل كل شيء ممكن كي لا يسمح المريض لنفسه أن ينتابها الشعور بالحسرة، ولكي يحافظ على شجاعته ويحتفظ بمستواه الفكري والعلمي، ولكي يظل متكيفاً اجتماعيًّا، وأن تبقى شخصيته متكاملة كما كانت قبل إصابته بالمرض.

وإن أي إخفاق في تقدير أهمية تاريخ المشخص عند رسم برنامج لمستقبله، ربما ينتج إخفاقاً وفشلاً لبرنامج التأهيل المهني. وإن في تقدير هذا العامل الهام ما قد يمنع دفع المريض إلى ميادين أخرى يحتمل أن يجد فيها بعض الأمل في النجاح، وحيث يؤدي الفشل فيها إلى الإقلال من الأمل في التكييف بنجاح في النهاية.

(ب) الآثار النفسية الناتجة مباشرة عن تفاعل المرض:

يجب أن نكون على يقين في حالة مرض شلل الأطفال من احتمال ظهور آثار نفسية نتيجة لتحكم جرثومة المرض في مجموعة الأعصاب المركزية، وطالما أن مفعول الجرثومة لا يتعدى أعصاب الحركة السفلى أو خلايا النخاع المستطيل بحبل الرقبة (Cord) فلا يحتمل أن يحصل تأثير كبير على تصرف الشخص فيما عدا ما يظهر من تغير في حركته الجسمانية وفي بعض الحالات وخصوصاً في الشلل الذي يصيب النخاع المستطيل يحصل التهاب في المخ وعند ذلك تتلف بعض أجزاء عضوية في المخ وينتج عنه تغير في الأداء العقلي، وعموماً يبدو ذلك في قابلية المريض للتهيج والإثارة وفي ضعف قدرته على التركيز، وعلى قدرته على تتبع ما يدور حوله، وربما يحدث تغيير في قدرته العقلية نفسها فضلاً عن أنه في حالات الشلل الذي يصيب نخاع العمود الفقري وشلل النخاع المستطيل يتسبب التغيير في التنفس في حرمان المخ من كمية الأوكسجين وينتج عنها تغير في تصرفات الشخص. ولحسن الحظ ان مثل هذه الحالات نادرة الحصول وان الحالات التي تتغير فيها طريقة تصرف الشخص ترجع في الغالب إلى عوامل في البيئة التي سنتحدث عنها فيما بعد.

وبالنسبة لأخصائي التأهيل، يكون ذلك نتيجة مباشرة للمرض حيث يمكنه التنبؤ بأقل قدر محتمل من التغير في تصرفات الشخص على أنه يلزم التعرف على مدى إمكان حصول هذه التغيرات وخصوصاً في حالات العجز الخطيرة التي تقترن بحصول حمى عالية، وحرمان من الأوكسجين وإصابة بالغة بالمخ ومجموعة الأعصاب الجمجمية.

(ج) التغيرات النفسية التي تطرأ نتيجة لتصرفات المريض:

بالرغم من أننا نعلم أن مرض شلل الأطفال لا يسبب تغييراً جسمانيًا في معظم الحالات، إلاّ أنه من المؤكد أن المرض يسبب وقوع وحدوث بعض التغييرات في تصرفات المريض، وينشأ ذلك إلى درجة كبيرة عن اتجاه المريض وشعوره نحو عجزه الجسماني. على أن ذلك يتوقف على:

١ - مدى الخوف من المرض.

٢ - اتجاهه وشعوره قبل المرض نحو العجزة عموماً.

٣ - كمية المعلومات الصحيحة والواضحة التي لديه عن أثر المرض في حياته المستقبلة.

٤ - نوع التجربة التي مرت به من حيث شعور أقاربه وأصدقائه نحو عجزه الجسماني ومعاملتهم له.

٥ - مدى اعتقاده وإيمانه بما لديه من قدرة على التدريب والتمرين وحرية التصرف والاعتماد على النفس والشعور بالأمن.

ولندرس كلاً من هذه النقط على حدة:

أولاً: مدى خوف المريض من مرضه ويختلف ذلك من مريض إلى آخر. إلا أننا نعلم بالتأكيد وجود بعض الخوف. ويتركز هذا الخوف حول القيود التي سيفرضها المرض على حركة المريض بعد انتهاء العلاج. ويزيد هذا الشعور سوءاً ما يعمله المريض عن تصرفات المجتمع وشعوره نحو العجز. وبالإضافة إلى هذا فإن المريض يكيف هذه الفكرة حسب شعوره السابق نحو ذوي العجز الجسماني.

وينبني هذا التفكير على أنه مبدئيًا تهديد للعقل الباطن ويحصل ذلك عند ما يعتقد الشخص أنه ليس بكامل الصحة الجسمانية ويحدث هذا أيضاً حينما يعتري الشخص حسرة بسبب أنه لن يستطيع الحصول على أهدافه أو تحقيقها بعد أن كان ذلك ممكناً في اعتقاده.

هذا يقودنا إلى المصدر الثاني والخطير للخوف، ألا وهو شعور الشخص وتصرفه قبل المرض مع المصابين بالعجز الجسماني. لدى معظمنا شيء من الغيرة والتحيز لنوع أو آخر

حتى ولو لم نشعر بذلك فتؤدي بنا ذلك إلى نكرانه وعدم الاعتراف به ، وينشأ ذلك من حاجتنا للشعور بالتفوق والنجاح الباهر وبأن هناك آخرين لا يمكنهم مجاراتنا في هذا المضمار أو في منافسات الحياة. إن هذه الاتجاهات شائعة جدًّا لدرجة أننا لا نحاول شرحها أو تقصي أسبابها بل إنها في الحقيقة تكون إحدى نواحي وأركان قانون «المحافظة على النفس». ولهذا فإننا نميل إلى البحث عن الأشخاص الذين يتميزون بعلامات خاصة إذا ما وجدت عند شخص ما اعتبر غير كفء وغير كامل بسبب هذه العلامة أو المميز الجسماني ، ومن البديهي أن العجز الجسماني هو واحد من هذه العلامات أو المميزات الجسمانية وبالتالي فإن كثيراً من الناس يقررون «أنهم لا يحتملون صحبة شخص عاجز» أو أن «الأشخاص المصابين بعجز جسماني هم في الواقع عبء ثقيل على ميدان الصناعة» وغير ذلك من التعبيرات والجمل المختلفة التي تقال أو تكون مفهومة من تصرفات الناس نحو المصابين بعجز جسماني. على أن بعضاً آخر من الناس يعتقدون أن الإصابة بالعجز الجسماني ما هي إلا عقاب لهم على تصرفات ماضية أو على سيئات آبائهم ، أما بعضهم الآخر فإنهم يحاولون إخفاء الشعور المتقدم بالمبالغة في الاهتمام بشأن العجزة وفي العطف عليهم وفي الألم والحسرة من أجلهم.

وبما أن الشعور موجود لدى معظمنا بشكل أو بآخر ، فإنه من المتوقع عند حصول عجز جسماني لشخص ما أن يجد نفسه ضحية للشعور الذي كان يعتريه سابقاً ولا يمكن التغلب على هذا الشعور بسهولة ، إذ انه نشأ مع الشخص ، ومن ثم يكون من العسير تجاهله في وقت هو في مسيس الحاجة لعمل ذلك بغية راحته واستقراره.

والعامل الثالث الذي يثير الخوف هو علم المريض بالآثار التي يمكن أن تترتب على عاهته ، وغالباً ما يكون المرء في حيرة حينما يحاول تقدير مدى حالته الجسمانية ، ومدتها ، والآثار المترتبة عليها ، فكثيراً ما يبالغ في تقدير القيود التي ستفرضها عليه عاهته متناسياً في ذلك كفاءته ومواهبه التي يستغلها كلية أو التي لم يستغلها كما ينبغي حتى ذلك الوقت. على أنه يحدث أحياناً أن يقلل المريض من شأن المرض ويستهين به ويتوقع من جسمه أن ينتج أكثر مما يحتمله أو ينتظر منه حتى لو لم يكن به عاهة على الاطلاق ، وعلى ذلك فإن جهل المريض وقلة كفاءته في تقدير مواهبه والإمكانيات التي تترتب عليها يؤديان به إلى الشعور بالخوف المفتعل الذي لا حاجة للمريض به.

(د) العوامل النفسية الناشئة من اتجاهات وتصرف الآخرين نحو المصاب بشلل الأطفال :

لقد ذكرنا آنفاً أثر اتجاهات أفراد الأسرة وشعور المجتمع نحو الفرد المصاب ، فهذا

عامل في غاية الأهمية من حيث خلق الشعور بالخوف لدى الفرد، وكذلك تكيفه مع بيئته. ومن المدهش أن اتجاهاتنا كمجتمع لم تتغير كثيراً منذ العصور القديمة حتى يومنا الحاضر. ولا منذ المجتمعات البدائية حتى مجتمعنا الحالي الذي اتسم بالحضارة والتقدم والتعقيد.

وعند النظر بطريقة واقعية إلى مشاكل المصابين من الرجال والنساء، فإنه يجب ملاحظة أن معظمنا لا يحب أن يكون مختلفاً عن الآخرين. فعندما نتمسك بفرديتنا فإننا في الحقيقة نعني أن نكون مختلفين عن غيرنا ولكن بدرجة لا تجعلنا في حكم المنبوذين، فمثلاً عندما يتميز أحد الأشخاص بالتفكير الابتكاري السريع فإن بعضنا يعبر عن ذلك «بالعبقرية» ويعتبره بعض آخر «نوعاً من الجنون» أو «الخبل». وإذا كانت لدينا موهبة ممتازة للرسم أو الموسيقى فإن بعضاً من الناس يمدحوننا ولكن عندما يديرون ظهورهم يسموننا «غريبي الأطوار» أو «شواذ» وربما قالوا «عجباً، ألا تعرف كيف يتصرف الفنانون!!».

وكذلك الحال في حالة الاتجاه الاجتماعي نحو المصابين.. فالمريض بشلل الأطفال الذي أصيب بشلل في ذراعه أو ساقه أو في كليهما معاً، يصبح موضع التفرقة والاختلاف يتحاشاه الناس حيث إنه يختلف عن الآخرين.

لكن هناك بعض الناس يعتقدون أنه يمكن التغلب على هذه الاتجاهات الاجتماعية بتطبيق نظم التعليم الصحيحة التي تحمل المجتمع على نسيان هذه الفروق وعلى تقبل الفرد كما هو، وربما كان صحيحاً، وعلى أية حال فليس هناك أي ضرر من متابعة الجهود التي تهدف إلى تقبل المصابين وتحسين اتجاه المجتمع نحوهم. على أنه من المسلم به أن اتجاهات المجتمع هذه وشعوره نحو المرضى وذوي العاهات، هي ثمرة أزمان وتجارب طويلة لا يمكن استئصالها بسهولة، وعليه يجب بذل جهود مضنية لإعداد المرضى والمصابين كي يتقبلوا هذا الشعور وهذه الاتجاهات وأن يولدوا لدى أنفسهم التعود على عدم الاعتراض عليها أو الامتعاض منها.

فإذا ما تلاشى قلق الشخص وانزعاجه بسبب هذه الاتجاهات، وإذا ما تأكد أنه يمكنه تنمية كفاءاته إلى أقصى حد وأنه بعد ذلك يستطيع التنافس مع غيره على أساس «البقاء والفوز للأصلح» وإذا ما تأكد أنه هو الشخص الأصلح، إذا حدث كل ذلك كان معناه ازدياد فرص النجاح لهذه الفئة بشكل أجدى للتغلب على ما تفرضه عاهتهم عليهم من قيود وذلك بدلاً من أن ينتظروا حتى يغير المجتمع من شعوره واتجاهاته نحوهم.

ويلاحظ أن اتجاه المجتمع وشعوره نحو المريض بشلل الأطفال ذو أهمية مضاعفة حيث إن العجز يحصل للمريض حينما يكون صغير السن ولهذا فإن تقبل الطفل المريض بشلل الأطفال بواسطة والديه، وأساتذته، وأقرانه في اللعب في المدرسة وخارجها، كل هذا يكون له أكبر الأثر في التكيف النهائي لهذا الطفل.

أبحاث ودراسات في النواحي النفسية لشلل الأطفال

إن مرض شلل الأطفال غالباً ما يصيب الأطفال أنفسهم ولهذا فإن معظم الدراسات التي عملت في هذا المضمار انصبت على أعمار لا تخضع للاعتبارات المباشرة لمكاتب التأهيل المهني، على أنه بمرور الوقت يصبح بعض هؤلاء الأطفال عملاء المكتب، وبناء على ذلك فإن معرفة مشاكلهم في سنيهم الأولى ربما يكون ذا فائدة كبيرة في حل مشاكلهم في السنين التالية.

في سنة ١٩٣٠ قام «فان بوجارت» (Van Bogaert) بدراسة الانحرافات الخلقية التي اعتبرها اضطرابات نفسية في الأطفال نتيجة لإصابتهم بشلل الأطفال وفي نفس الوقت ناقش «نويل»(١) (Newell) حالة طفلين عاشا من ثلاث توائم وأصيبا بشلل الأطفال، لكن المرض ترك أثراً لدى أحدهم ولم يترك أي أثر ظاهر لدى الآخر. ونتيجة لذلك ظهر أن المشاكل النفسية التي اعترت الطفل الأول كانت نتيجة للأثر الذي تركه المرض، لا لإصابته بالمرض نفسه، فضلاً عن أن عدم تقبل الوالدين لطفلهم المريض يزيد في تعقيد الحالة ويطيل من المجهودات التي تبذل لكي يتعود الطفل على حياته الجديدة. وقد توصل «جريفين» و «هوك» و «باراكلوف»(٢) (Griffin , Hawke & Barraclorough) في سنة ١٩٣٨ إلى أنه يلزم توجيه المرضى الصغار ليتكيفوا أو يتعودوا على الفترة الطويلة التي سيقضونها في النقاهة، كما يجب تفهيم آباء هؤلاء الأطفال المشاكل النفسية التي تعتري هؤلاء الأطفال نتيجة للمرض، وكذلك نتيجة لما يتخلف عنه من آثار.

وقد سجل عدد من الباحثين آثار شلل الأطفال على الذكاء وعلى المستوى العلمي،

(١) Newell, H.M.: Differences in the Personalities of the Surviving Pair of a Set of Identical Triplets. Am. Journ. Orthopsychiat. 1930, 1, 6081.

(٢) Griffin, J.D.M., Hawke, W.A. and Barraclough, W.W.: Mental Hygiene in an Orthopedic Hospital J. Pediat. 1938, 13. 75.

وقد قرر «جوردن»[1] (Gordon et al) أن المرض لم يكن له تأثير يذكر على مستوى الذكاء. وبالرغم من أن الغياب الطويل والتغير في التصرفات نتيجة للإقامة الطويلة بالمستشفى، غالباً ما ينتجان اضطراباً عاطفيًّا يؤدي إلى عرقلة قدرتهم على مزاولة الدرس ويسبب حدوث التأخر الدراسي ومصاحباته الاجتماعية والنفسية.

أما «برونسون كروثرز» و«أديث مـاير»[2] (Bronson Grothers & Edith Meyer) فقد درسا أطفالاً أصيبوا بالمرض في أعصاب المخ وآخرين قد سلموا من هذا الأثر، ووجدا أنه في الحالة الأولى يحصل تغير في القدرة على تمييز الحركة بواسطة الرؤية، وكذلك في تفهم العلاقات الخاصة بالأبعاد والمسافات، كما لوحظ وجود نقص في القدرة على التعلم أو الفهم والاستذكار والانتباه بالإضافة إلى سرعة التهيج والإثارة. وفي حالة إصابة العمود الفقري بذلك المرض دون أن يكون له أثر يذكر على خلايا المخ فإنه تظهر آثار مماثلة بشكل أخف وقد أرجع الباحثون سبب ذلك إلى اضطراب نمو الطفل بشكل طبيعي في بيئته الطبيعية، كما أن انعدام فرص الحركة والاختلاط الاجتماعي والتمتع بالحب الأبوي تعتبر العوامل الأساسية التي تسبب هذه النتائج.

وحديثاً قام فيليب وبرمان وهانسن[3] بعمل بحث لم تخضع عوامل البيئة فيه لأي تحكم أو ضبط بالرغم من أن العمر والجنس والذكاء والمستوى المدرسي والمركز الاجتماعي الاقتصادي قد خضعت للمقارنة بالأطفال غير المصابين بشلل الأطفال والذين لم يدخلوا مستشفى للعلاج، اتضح منه أنه لم يكن هناك فرق يذكر في مستوى الذكاء، وذلك عند استعمال مقياس ستانفورد بينيه، على أن الأبحاث الكلينيكية لهذه النتائج تبدو أقل واقعية عما تبدو ظاهريًّا، وهناك ملاحظات هامة أبديت بخصوص التغيرات التي تطرأ على الشخصية أو القدرة المهنية أو التكيف الاجتماعي. فمثلاً لم نجد «ماري جيتس» (Gates) أي فرق ملحوظ بين المراهقين من الأولاد والبنات المرضى منهم والأصحاء وذلك عند إجراء عدد كبير من التجارب النفسية عليهم، لكنها وجدت بشكل قاطع من المقابلات الفردية معهم، ومن تاريخ حياة كل منهم أن العلاقات الاجتماعية والثقافة داخل الأسرة كوحدة متماسكة تؤثر بدرجة كبيرة على تكيف الشخص أكثر مما تفعل الإصابة.

(١) Gordon, R.G., et al.: Does Poliomyelitis Affect Intellectual Capacity. Br. Med. J. 1939 2, 803-5.

(٢) Grothers, Bronson & Myer.: The Psychologic & Psyciatric Implications of Poliomyelitis J. of Pediat. 1946, 28, 324-26.

(٣) Philips, Berman & Hanson: Intelligence & Personality Factors associated with Poliomyelitis Among School Age Children. Soc. for Res. in Child Development. Monog 45, 1947.

أما «ونكلر»[1] فقد قرر الميل إلى الانطواء، شعور العداء والشعور بالمهانة بين الأطفال المرضى وذلك عند مقارنتهم بالأصحاء، وقد أعقب ذلك أبحاث أخرى قام بها عدد من الأخصائيين أشاروا فيها إلى تكيف المريض بعد العلاج. وبعد ملاحظة مجموعة كبيرة من المرضى لمدة عشر سنوات أشاروا فيها إلى أنه إذا ما تركز توجيه المريض وإقناعه بكفاءاته ومواهبه الجسمانية والعقلية بدلاً من الإشارة إلى مسؤولياته المترتبة على إصابته فمن المحتمل جداً أن يتجه نحو الأساليب الطبيعية العادية ويسهل تكيفه الاجتماعي الاقتصادي المهني كلما قلّ ذكر قيود عاهته نتيجة لإفهامها له في وقت مبكر عند بدء مرحلة المرض، وإذا ما اختيرت له مهنة لا تحتاج إلى كفاءة تتعارض مع قيود عاهته، وكذلك الإشراف والملاحظة الكافية بغية تلافي أي ألم أو حسرة تنتابه نتيجة للصعوبات المتعلقة بهذا العمل. وقد برهنت الملاحظة لمدة طويلة أن المصابين بدرجة خطيرة كثيراً ما يكونون في غاية النجاح في التمتع بحياة مرضية، وفي كسب عيشهم، وذلك بالرغم من أن شعورهم بالألم والحسرة يحصل بدرجة أكثر وبشكل أعمق مما يحصل للأصحاء.

وترتبط مشاكل السلوك الخاصة بالأطفال المصابين بشلل الأطفال بشعور الأبوين وتصرفاتهم نحوهم ومبالغتهم في القسوة عليهم والتحكم فيهم.

وقد لاحظ بعض الأخصائيين أن الألم والحسرة التي تنتج عن العاهة تبدو في شكل سرعة الإثارة والبكاء والانطواء أو الارتباك والدهشة.

وقد قرر بعض آخر خطأ في تقدير هؤلاء الأطفال الذين يؤكدون رغبتهم في اتباع النظم العادية، وفي أن يكونوا مثل غيرهم حيث ظهر في الواقع أنهم لا يستطيعون كبح جماح مشاعرهم الداخلية.

---

(1) From Social Sc. Council Bulletin. 59, 1946 on "Adjustment to Physical Handicap".

خاتمة

وما زالت هناك مناطق غير مطروقة في قائمة أبحاث مرض شلل الأطفال وقد استعرضت أخيراً الاحتياجات في هذا المضمار[1] ، أحدها وهو في غاية الأهمية يتعلق بزيادة المعرفة فيما يتعلق بآثار عوارض التنفس أو ما يهدد التنفس الذي يصيب بعض أنواع مرض شلل الأطفال.

وكذلك آثار التغير في توازن الغازات في الدم (blood-gas balance) وفي بناء أنسجة المخ فضلاً عن آثار الإصابات في المخ على شخصية المريض ، كلها في حاجة إلى بحث وتوضيح.

وهناك أيضاً مشاكل مساعدة المريض على التنفس آليًا ، وإنا لنأمل أن تتطور هذه الآلات وتساهم في تأهيل المريض لحياة أفضل.

وهناك أيضاً الحاجة إلى أساليب سيكولوجية أفضل لمعالجة النواحي النفسية الاجتماعية التي تتولد عن هذه المشكلات جميعاً.

(١) Seidenfield , M.A.: Problems in Psychological Research in Poliomyelitis , Amsterdam , 1951.

المراجـــع

1. Paul, John R.: *"A Summary of Current Knowledge and Trends in Potiomyelitis"*. The Merck Report, 1952, 61, 3-8.
2. Newell, H.M.: *"Differences in the Personalities of the Surviving Pair of a Set of Identical Triplets"*. Am. J. Orthopsychiat. 1930, 1, 60-81.
3. Griffin, J.D.M., Hawke, W.A. and Barraclough, W.W.: *"Mental Hygiene in an Orthopedic Hospital"*. J. Pediat., 1938, 13, 75.
4. Gordon, R.G., et al.: *Does Poliomyelitis Affect Intellectual Capacity?* Br. Med. J. 1939, 2, 803-5.
5. Grothers, Bronson & Myer.: *"The Psychologic and Psyciatric Implications of Poliomyelitis"*. J. of Pediat., 1946, 28, 324-26.
6. Philips, Berman & Hanson.: *"Intelligence and Personality Factors Associated with Poliomyelitis Among School Age Children"*. Soc. for Res. in Child Development. Mon.45., 1947.
7. Social Science Council Bulletin. 59, 1946, on *'Adjustment to Physical Handicap"*.
8. Seidenfield, M.A.: *"Problems in Psychological Research in Poliomyelitis"* Amsterdam 1951.

الفصل الثامن

سيكولوجية المقعد

القُعاد وأسبابه

لفظ «المقعد» يعني أموراً مختلفة عند الكثيرين ، فنجد أنه يفسَّر في كتاب الإحصاء السنوي بلفظ «كسيح» مع أن هذا الاصطلاح له معان أكثر من ذلك كما سنبين بعد. وفي هذا الكتاب نجد أن عدد المقعدين في مصر حسب إحصاء ١٩٤٧ يبلغ ٥٥٨٤ شخصاً قد تمكن الإحصائيون من حصرهم . وأغلب الظن أنهم لم يصلوا إلى النسبة الكبرى من هذه الفئة ، لا لشيء إلا لأنهم «مقعدون» يلزمون دورهم ولا يتصلون بالمستشفيات أو الأطباء ، كما أنهم يقعدون عن السعي لأرزاقهم في مختلف المهن ويعتمدون على غيرهم من الأصحاء . فكما جاء في أحد التعاريف الرسمية (بميتشجان)[1] :

«المقعد هو الذي لديه سبب عاق حركته أو يعوقها نتيجة لفقد أو خلل أو عاهة في العضلات أو العظام تؤثر على قدرته على التعلم وعلى أن يعول نفسه».

أو كما جاء في تقرير نشرته لجنة البيت الأبيض[2] :

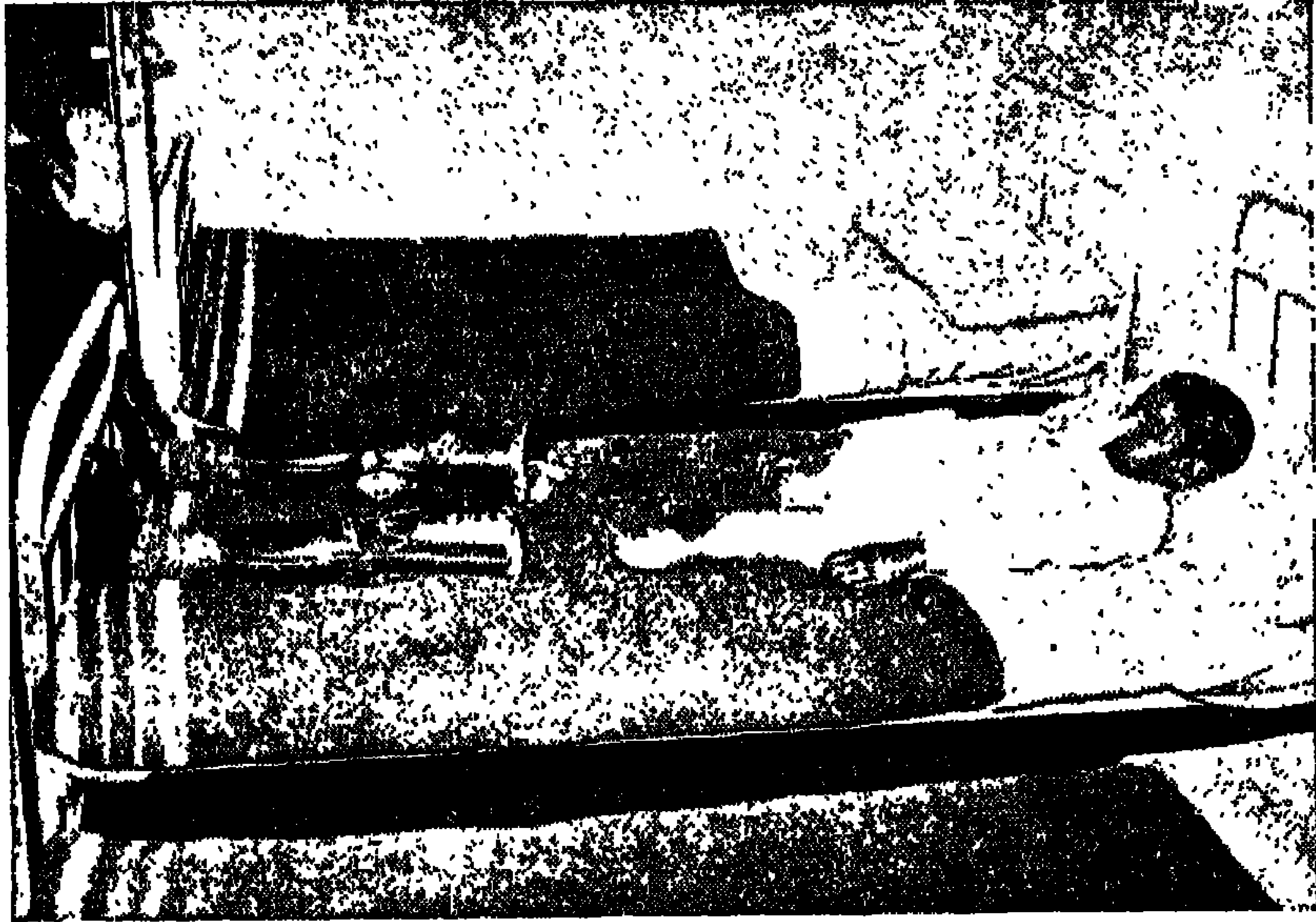
«الطفل المقعد هو الذي لديه عيب ينتج عنه عاهة أو يتسبب في عدم قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية ، وتكون هذه الحالة إما خلقية ، أو ناتجة عن مرض أو حادثة ، وتزداد خطورتها بسبب الجهل أو الإهمال أو المرض».

(١) Michigan Crippled Children Commission. 1932-34, Report (Mich., 1934).

(٢) White House Conference on Child Health and Protection, The Mentally and Physically Handicapped. (Century, N.Y., 1931).

«واستعملت لجنة مدينة نيويورك الخاصة بالأطفال المقعدين التعريف التالي»[1] :

«الطفل المقعد هو الشخص الذي يبلغ ٢١ سنة ولديه عائق خلقي أو مكتسب في أطرافه أو في عضلات جسمه تجعله غير قادر على التنافس على قدم المساواة مع غيره من الأشخاص من نفس السن» أما في إنجلترا وويلز فإنهم يعتبرون الأطفال المقعدين من لديهم عاهة في أطرافهم أو المصابين بشلل الأطفال أو حالة من حالات مرض القلب.



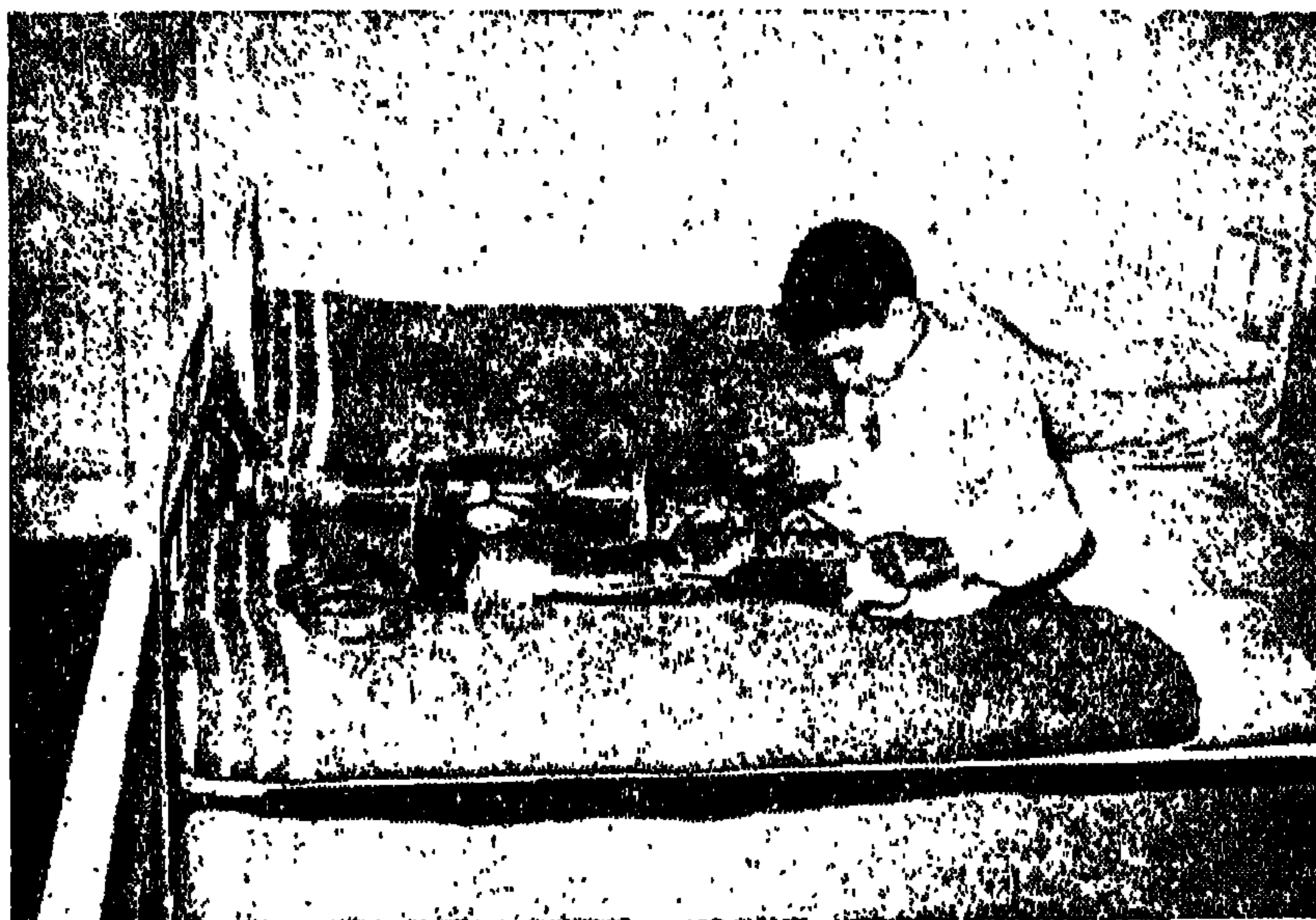
(شكل ٨)
صبي مصاب ببتر الساق اليمنى فوق الركبة والساق اليسرى تحت الركبة

وإن تقديرات شيوع الظروف التي ينتج عنها العجز الجسماني تختلف وتتفاوت نتيجة لاختلاف وتفاوت التعاريف الخاصة بها، وكذلك لانعدام الدراسات في هذا المجال على نطاق واسع. ولقد قدرت لجنة البيت الأبيض عدد الأطفال المقعدين في الولايات المتحدة بحوالي ٣٠٠,٠٠٠ طفل، أي بنسبة ٣ في الألف، أما ميتشجان فقد ذكر ثلاث حالات في الألف من الأطفال في السن المدرس ببعض الولايات، على أن بعض الولايات الأخرى ذكر العدد منها على أنه ٩ في الألف.

(١) New York City, Commission for the Study of Crippled Children, The Crippled Child in New York City. (1940).

فمثلا في نيوجرسي قدرت النسبة بحوالى ٧.٢٤ للألف لسن ١٨ سنة أو أقل . وفي بحث اجري أخيراً كانت النسبة في مدينة نيويورك ٧,٢ للألف حتى سن العشرين.

ورغم ما في هذه التقديرات من تباين ، فإنه يبدو واضحا أن عدد المقعـدين من الأولاد أكبر منه في البنات . ففي ولايات كليفلاند ونيويورك كانت نسبة الأولاد ٥٥٪ من مجموع الأولاد والبنات المقعدين ، وفي شيكاجو كانت النسبة ٥٣٪ وفي مدينة نيويورك كانت ٥٢.٤٪ وحتى بين الكبار كانت نسبة الرجال المقعدين أكبر منها في النساء أيضاً ويرجع ذلك إلى حوادث الصناعة.



(شكل ٩)
نفس الصبي يلبس الساقين الصناعيتين بنفسه

وبيدو أن السن التي يصبح فيها هؤلاء الأطفال مقعدين له علاقة وارتباط كبير ببرامج التعليم — فمثلا في شيكاجو ٨٣٪ من المقعدين الذين في سن ٢١ سنة أو أقل أصيبوا بالعاهة في سن السادسة. وعند بحث حالة مجموعة من الأطفال المقعدين في ويسكونسن وجد أن ٩٧٪ منهم أصيبوا بالعاهة قبل سن السابعة، وعند دراسة ١٢٧٧ طفلاً مقعداً في مدينة نيويورك وجد أن ٣٣٪ منهم كانوا مقعدين عند الولادة نتيجة لعاهة خلقية، وأن ٤٩٪ ممن أصيبوا بأمراض غير شلل الأطفال أصيبوا بالقعاد قبل سن الخامسة و ٩١٪ قبل سن العاشرة.



(شكل ١٠)
نفس الصبي بعد لبس الجهاز

أما أسباب القعاد، فقد اتضح من بحثها أن شلل الأطفال كان أكثرها شيوعاً وخطورة — وعند بحث الحالات الموجودة في ٥٧ مؤسسة تعليمية خاصة وعامة في ١٤ ولاية ظهرت أسباب القعاد كما جاءت في تقرير لجنة البيت الأبيض كالآتي:

شلل الأطفال	٣٣,٤٪
سل العظام	١٢,٦٪
الشلل التشنجي	١٤٪
العاهات الخلقية	١٠٪
أمراض القلب	٨٪
الحوادث	٦٪
متنوعات	١٦٪

وقد قام «ماكلويد» ببحث ٢٠٠٦ أطفال مقعدين في الريف ورتب الأسباب كما يلي:

شلل الأطفال	٢١٪
عاهات الخلقة	٩٪

إصابات الحوادث	٩٪
سل العظام أو المفاصل	٨٪
التهاب نخاع العظام	٧٪
الشلل التشنجي	٧٪

أما تقرير لجنة مدينة نيويورك فقد ذكر الأسباب الآتية :

شلل الأطفال	٢٩٪
آثار ما قبل الولادة	١٨.٢٪
تشوهات الولادة	١٥.٧٪
العدوى	١٢.٩٪
الجروح أو العوامل الجسمانية	٦٪
الخلل في نمو العظام	٤.٥٪
الاضطرابات الناشئة عن تغيرات كيماوية	١.٧٪
نمو جديد في أعضاء الجسم	٠.٥٪
أسباب مجهولة أو غير مؤكدة	١١.٥٪

وقد أظهرت الأبحاث حديثاً زيادة في نسبة الإصابات بالشلل في أعصاب المخ ، ولا يعني ذلك زيادة عدد حالات المصابين بهذا المرض بل ربما كان ذلك راجعاً إلى دقة التشخيص والبحث . وفي الماضي كان يعتبر المصاب بشلل في أعصاب المخ من فئة «ضعاف العقل» وكان يرسل إلى إحدى المصحات الخاصة بالأمراض العقلية ، على أن الدكتور «وينتروب فيلبس» قدر عدد الإصابات بالشلل في أعصاب المخ بمقدار يتراوح بين ٤٠ و ٥٠ حالة لكل ١٠٠.٠٠٠ من السكان ، وبمقدار ٣٠٪ ممن أصيبوا بأمراض عقلية .

ذكاء المقعدين

لقد أحرز الطب تقدما ملحوظا في رعاية الأطفال المقعدين وعلاجهم . وقد عملت في هذا المضمار أبحاث كثيرة . إلا أن الأبحاث النفسية الخاصة بالمقعدين كانت قليلة . ففي سنة ١٩٢٥ قام «فرنالد» و«أرليت»[1] بدراسة مستوى الذكاء عند ١٩٤ طفلاً كانوا

(١) Fernald, M.R., & A.H. Arlitt: "Psychological Findings Regarding Crippled Children". Sch. & Soc., XXI (1925), 449-52.

ملتحقين بمدرسة للمقعدين . وقد طبق اختبار استانفورد بينيه للذكاء على جميع هؤلاء الأطفال . ثم أعيد تطبيق الاختبار على ٦٦ منهم . وقد كانت نسبة الذكاء في الاختبار الأول تتراوح بين ٣٠ و١٣٨ بمتوسط ٨٢,٣٥ وكان معامل الارتباط بين نتيجة الاختبار في المرتين ٠,٩٠ + ٠,٠١٥ ، ولمعرفة العلاقة بين الذكاء ونوع المرض المقعد . قسمت المجموعة الى سبـــــع فئـــــات حسب نوع المرض المقعـــــد ، واتضح أن الفئـــة المصابـــة بـــالشلـــل في أعصاب المخ أو في أعصاب المخ المركزية حصلت على أقل مستوى في الذكاء . وبفحص الدرجات التي حصل عليها كل فرد . اتضح أن هناك أربع حالات كانت نسبة الذكاء في كل منها أقل من ٦٠ وكانت كلها تقع ضمن هاتين الطائفتين . ولم يحصل أي فرد في الفئتين على نسبة أكثر من ١١٠ . هذا وقد بلغت نسبة الأطفال الذين كانت نسبة ذكائهم أكثر من ٩٠ مقدار ١٤٪ فقط يقابلها ٤٤٪ بالنسبة للفئات الأخرى. وينبغي عدم المبالغة في نتائج الذكاء الخاصة بالمصابين بالشلل في أعصاب المخ خصوصاً إذا كان ذلك مصحوباً بعائق خطير في أعضاء السمع أو الكلام ، وينطبق هذا على ما قررته «الدكتورة» إليزابيث[٢] لورد حينما ذكرت أن «اختبار ستانفورد بينيه يعطي كخطوة أولى مع الأخذ في الاعتبار السن والقدرة الجسمانية . نتائج توجيهية مفيدة إلا أن نظرية العمر العقلي من وجهة النظر الإكلينيكية نادراً ما تطبق على الأطفال المصابين بالشلل في أعصاب المخ وغالباً ما تكون غير مجدية أو واضحة».

وقد فحصت بيانات فرنلد وأرليت لمعرفة العلاقة بين مستوى الذكاء والسن التي حصلت فيه الظروف التي أدت إلى القعاد . فكان متوسط نسبة الذكاء لمن ولدوا مقعدين ٧٥.٧٥ أما متوسط نسبة الذكاء لمن أقعدوا في سن السادسة فكان ٨٨.٣٢ على أن شرح هذه الفروق كان متعذراً حيث إن حالات شلل أعصاب المخ كانت في الفئة الأولى . أما معظم الحالات فكانت مصابة بشلل الأطفال بعد بلوغ السن المدرسية . ويتضح من هذا أن مستوى الذكاء للمصابين بشلل الأطفال أعلى منه في غيرهم من الفئات . وقد اكتشف مقياس تقريبي لدرجة خطورة القعاد أمكن بواسطته المقارنة بين مستوى الذكاء ودرجة القعاد ، وتبين أن هناك اتجاهاً يسيراً لمستوى الذكاء أن يقل كلما زادت درجة القعاد ، غير أن هذه الظاهرة لا يعول عليها .

وهناك جزء من البحث جدير بالاهتمام وهو الخاص بالمقارنة بين مستوى ذكاء فئة

---

(١) Lord, E.E.: Children Handicapped by Cerebral Palsy: Psychological Factors in Management. (Commonwealth Fund, N.Y., 1937).

المقعدين وبين أشقائهم إذ كان متوسط نسبة الذكاء للمقعدين ٨٣,٩ على حين كان متوسط نسبة ذكاء اشقائهم ٨٩,٢ وهذا الفرق ومقداره ٥.٣ ليس له إحصائية. ويمكن تلخيص نتائج هذا البحث كما يلي:

١ ـ يمكن الاعتماد على اختبار «ستانفورد بينيه» إذ كان معامل الثبات وهو عبارة عن معامل الارتباط بين نتائج تطبيق الاختبار مرتين على ٦٦ حالة ـ هو ٠.٩٠ ± ٠.٠١٥.

٢ ـ ليس هناك علاقة واضحة بين مستوى الذكاء والسن التي حصل فيها القعاد.

٣ ـ هناك ظاهرة انخفاض مستوى الذكاء كلما ازدادت درجة خطورة القعاد.

٤ ـ الأطفال المقعدون يتشابهون مع أشقائهم في مستوى الذكاء وليس للفرق أي دلالة.

وفي سنة ١٩٣١ قام «لي»[(١)] بدراسة ١٤٨ طفلاً مقعد في مستشفى الأطفال بسياتل بواشنطون وكانت أعمارهم بين ٣ سنوات و١٦ سنة وتتراوح نسب الذكاء بين ٣٥ و ١٣٨ بمتوسط ٨٦,٨ كما درس «لي» العلاقة بين ظروف القعاد ومستوى الذكاء. وكان أعلى مستوى للذكاء هو ١٣٨ حصل عليه طفل مصاب بالشلل ثم تلاه ١٣٠، ١٢٢ حصل عليها أطفال مصابون بشلل الأطفال.

وقد قام «ويتي» و«سميث»[(٢)] باختبار ١٤٨٠ طفلا من المقعدين في مدارس المقعدين في شيكاجو وسنت لويس وكليفلاند، وتوليدو، واستعملا اختبار «كوهلمان - أندرسون» على ٣٥٠ طفلا واختبار ستانفورد بينيه مع الباقين وكانت نسب الذكاء تتراوح بين ٥٠ و ١٣٠ بمتوسط ٨٤,٥، كما اتضح أن نسبة الذكاء في ٥٠٪ من الحالات كانت أقل من ٩٠. وقد قارن الباحثان بين مجموعة المقعدين التي أجريا عليها أبحاثهما وبين مجموعتين أخريين من أطفال المدارس وقد اتضح من هذه المقارنة ندرة حصول المقعدين على نسبة ذكاء عالية.

وعملت مقارنة أخرى بين ١٠٠٠ طفل من أطفال المدارس الذين أجرى «ويتي» عليهم تجاربه وبين ٦٧٠ طفلا أعمى، وقد قسم الأطفال إلى سبع فئات تبين الأعمى والمبصر والمقعد، وقد ظهر من هذه المقارنة أن العميان يتفوقون على المقعدين. إلا أن هذه

---

(١) Lee, M.V.: "The Children's Hospital; A Survey of the Intelligence of Crippled Children", J. Ed. Res., XXIII (1931) 164-7.

(٢) Witty, P.A., and M.B. Smith: "The Mental Status of 1480 Crippled Children", Educ. Trends, I (1932), 22-24.

النتيجة لا يمكن التسليم بها بدون تقص وبحث، وخصوصاً أن المقارنة غير متكافئة، لأن التعديل الذي أدخله «هيز» على اختبار «بينيه» للعميان جعله أكثر سهولة من اختبار ستانفورد بينيه، ومن ثم لا يمكن أن تظهر نفس النتائج، وعلى أية حال، فقد أظهر هذا البحث أن عدد المتعلمين بين الأطفال المقعدين أقل كثيراً مما هو بين الأطفال الآخرين.

وقد قام ستانتون بإجراء بحث على ٣٠٠ طفل مقعد في نيويورك وكونتكت ومساتشوستس مستعملا اختبار «ترمان — ميريل — بينيه» وكان ضمن المجموعة مقعدون من جميع الأنواع ما عدا المصابين بالشلل في أعصاب المخ وكانت نسب الذكاء تتراوح بين ٣٥ و ١٤٠ بمتوسط ٨٨، وكما ظهر في الأبحاث الأخرى كان أعلى مستوى للذكاء بين المقعدين خاصًا بفئة المصابين بشلل الأطفال إذ كان متوسط الذكاء بينهم ٩٤.

ولقياس مستوى الذكاء بين أسر المقعدين، أخذ المتوسط لنسب الذكاء الخاصة بالأخ الشقيق الذي يلي المقعد وكذلك الأخ الشقيق الذي يسبقه، وأمكن الحصول على بيانات عن مائة أسرة، وقد اتضح أن نسبة الذكاء للمقعدين كانت ٨٦ ولأسرهم — كما يستنتج من متوسط نسب الذكاء للشقيقين السابق واللاحق للمقعد — ٩٠ وليس هذا بفرق كبير من الوجهة الإحصائية. وقد استعمل اختبار الذكاء العملي لبنتنر — باترسون (Pintner-Patterson) على ١٠٠ طفل مقعد تراوحت أعمارهم بين ٧ و ١٢ سنة وسمحت عاهتهم لهم باستعمال المواد الخاصة بالاختبار، وقد اتضح أن نسب ذكائهم كانت تتراوح بين ٤٠ و ١٥٠ بمتوسط ٩٠.

التحصيل الدراسي

لم يتسن الحصول إلا على تقرير واحد فقط عن التقدم المدرسي للأطفال المقعدين، قامت بعمله «باربور»[1] على ٤٠ حالة لشلل الأطفال ظهر أن تسعاً منها تأخر أصحابها سنة واحدة وأربعاً تأخروا سنتين واثنتين لمدة ثلاث سنوات دراسية وأنه لم يكن هناك أي مجهود نحو التقدم.

وبعد محادثات مع مدرسين من مختلف الجهات، اتضح أن الاتجاه إزاء دراسة المقعدين هو إعطاء نفس البرنامج أو المنهج الذي يدرسه الأطفال العاديون على أنه ليس لدينا صورة واضحة للمركز التعليمي لهؤلاء الأطفال.

(١) Barbour, E.H.: Adjustment during Four Years of Patients Handicapped by Poliomyelitis." N. Eng. J. Med., CCXIII (1935), 563-5.

ومع ذلك فقد قرر «نلسن»[1] أن هناك تأخراً كبيرا بين الأطفال المصابين بعجز جسماني في مدارس «مينوسوتا» رغم أنه لم يتسن التمييز بين مختلف أنواع المقعدين. وقد أكد هذه النظرية هل (Hull) حين قرر أن الأطفال المقعدين في إنجلترا وويلز غالباً ما يتأخرون في الدراسة عن زملائهم مدة تتراوح بين سنة ونصف وسنتين.

شخصية المقعد

لقد طبق روزنبوم[2] طبعة سنة ١٩٢٩ من اختبار ثيرستون للشخصية على ٤٣ بنتاً كنّ في ثالث صيف لهن في أحد الملاجئ الخيرية للمقعدين وكانت أعمارهن بين ١٦ و ٢٥ سنة بمتوسط ١٨.٥ سنة. وكان متوسط الدرجات هو ٦٩، وبعد ستة أشهر حينما عاد هؤلاء البنات إلى منازلهن طلب من ٣٦ منهن الاجابة عن الأسئلة الخاصة باختبار ثيرستون للشخصية. وكان متوسط الدرجات هذه المرة هو ٦٨. وبمقارنة هذا بمتوسط الدرجات للطلبة الجدد بالكليات وهم من نفس الأعمار يتضح أن متوسط درجاتهم هي ٤٠ فقط - وعلى هذا قام ثيرستون بتفصيل الدرجات كما يلي:

٠ - ١٤ متكيفون جدًّا.

١٥ - ٢٩ متكيفون بدرجة لا بأس بها.

٣٠ - ٥٩ متوسطو التكيف.

٦٠ - ٧٩ غير متكيفين عاطفيًّا.

٨٠ - فأكثر يحتاجون لعلاج نفساني.

ويبدو أن هذه الفئة الصغيرة من البنات المقعدات غير متكيفة في حياتها. وكان ذلك أكثر وضوحاً في حالة البنات الكبار مما هو في حالة البنات الصغار. ولا بد من وجود أدلة كافية قبل التعميم في محيط التكيف العاطفي للمقعدين.

وقد قامت «باربور» بدراسة تكيف ٦٠ طفلاً مقعداً وقسمتهم إلى ثلاث فئات:

١ - فئة أثّر القعاد على تقدمهم العلمي بدرجة خطيرة تمنع أي تقدم في المستقبل.

---

(١) Nilson, K.: An Age-Grade Study of Physically Disabled Pupils in Minesota Public Schools. "Elem. Sch. Journal, XXIII (1932), 122-9.

(٢) Rosenbaum, B.B.: Neurotic Tendencies in Crippled Girls. J. Abn. & Soc. Psy. XXXI (1937), 423-9.

٢ - فئة أثّر القُعاد على مجال المهن التي يعملون بها فرغم أن الطفل قد يكون صالحاً لمزاولة مختلف أوجه النشاط إلا أن عاهته تمنعه من مزاولة بعض الحرف والمهن في حياته المستقبلة.

٣ - فئة المقعدين اجتماعيًّا فقد لا تتعارض عاهة الطفل مع حياته الجسمانية إلا أن لديه (تشويهاً) يمنعه من مزاولة حياة اجتماعية طبيعية لأن عاهته تكون مصدر مضايقة وحسرة اجتماعية له.

وقد قارنت بين حالتهم في سنة ١٩٣٠ وحالتهم في سنة ١٩٣٤ وبينت أن هناك تقدماً ملحوظاً. فقد ذكرت أن ٢٣ طفلاً شفوا تماماً من مرضهم ولم يكن لديهم أي ذكريات قائمة عنه سوى ما يذكره الطفل حينما يصاب بالحصبة وهم في العادة فئة سعيدة. حتى إن مدرساً عبَّر عن أحد هؤلاء الأطفال أنه أكثر زملائه سعادة ومرحاً، ولم يبق من هذه المجموعة (ال ١٦٠ طفلاً المقعدين) سوى ستة فقط ما زالوا مشلولين ولم يتكيفوا بعد مع عاهتهم.

وقد ذكر «ستروس»[1] أن في بعض المواقف الدراسية لا يظهر أي نشاط أو اهتمام على الأطفال المقعدين كما أنهم لا يبذلون أي مجهود للحصول على قصاصات الورق أو الصور أو غيرها من المواد اللازمة للدراسة إلا إذا طلب منهم ذلك، ورغم أن مدرستهم منحتهم حق الحكم الذاتي الديمقراطي داخلها، إلا أنهم لم يحاولوا أن يتمتعوا بهذا الحق، وقد عللت «ستروس» ذلك بعدم الخبرة والشعور بالنقص. وعندما تعرض «بروكواي»[2] للأطفال العصبيين قرر أنهم خجلون وأن لديهم شعوراً خطيراً بالنقص، كما أن «روجر» و «توماس» وصفاهم بأنهم فئة غير متزنة في انفعالاتها وأن هذه الصفة تلازمهم حتى الكبر.

وقد أجري بحثان على الأطفال المقعدين الذين عولجوا بالمستشفيات وأثر ذلك عليهم. وحسب الأبحاث التي قام بها «كارتر» و «لاكمان» ينقسم هؤلاء الأطفال إلى ثلاث فئات:

١ - الذين لديهم شذوذ خطير في سلوكهم.

٢ - الأطفال المتزنين أصلاً ولكن تولدت لديهم مشاكل السلوك في أثناء مرضهم.

(١) Strauss, M.: "Initiative and the Crippled Child"., The Crippled Child, XIII: 6 (1936), 164.

(٢) Brockway, A.: "The Problem of the Spastic Child." J. Am. Med. Ass., CVI (1936), 1635-9.

٣ - الأطفال غير المتزنين ولكن تضاعفت مشاكل السلوك عندهم بسبب المرض وقد أرجعا ذلك إلى الأسباب الآتية :

١ - طبيعة المرض. ٢ - شخصية الطفل

٣ - اتجاه الأبوين نحو الطفل ٤ - أثر الطبيب على المريض.

وقد أظهرت الأبحاث اللاحقة صدق الاكتشافات السابقة ، كما تبين وجود معامل ارتباط موجب بين طول مدة المرض الذي سبب القعاد وعدم التكيف في الحياة الذي ينتج عن القعاد.

الخلاصـــة

أظهرت الأبحاث الخاصة بالأطفال المقعدين مدى واسعا لذكائهم ، وكان متوسط نسبة الذكاء في حدود ٨٠ ، كما بينت أن الأطفال الذين أصيبوا بشلل الأطفال يفوقون في ذكائهم غيرهم من الأطفال المقعدين. وليس هناك بيانات أكيدة عن التفوق الدراسي لهؤلاء الأطفال ، أما في محيط الشخصية ، فلم تجر في هذا المضمار أبحاث كافية تسمح بالتعميم في النتائج. وما زال من المهم التعرف عما إذا كان لدى هؤلاء الأطفال مشاكل خاصة ، فإذا كان الأمر كذلك فما وسائل علاجها؟ أما دراسات التأهيل المهني فإنها تنبئ بأن هناك حرفاً كثيرة يستطيع المقعدون أن يزاولوها بنجاح تام.

"Michigan Crippled Children Commission" 1932-34, Report (Mich., 1934).

2. White House Conference on Child Health and Protection, The Mentally & Physically Handicapped. (Century, N.Y., 1931).
3. New York City, Commission for the Study of Crippled Children, *"The Crippled Child in N.Y. City"*. (1940).
4. Fernald, M.R., and A.H. Arlitt.: *"Psychological Findings Regarding Crippled Children"*. Sch. & Soc., XXI (1925), 449-52.
5. Lord E.E.: *"Children Handicapped by Cerebral Palsy: Psychological Factors in Management."* (Commonwealth Fund, N.Y., 1937).
6. Lee, M.V.: *"The Childrens Hospital; A Survey of the Intelligence of Crippled Children"*, J. Ed. Research, XXIII (1931), 164-7.
7. Witty, P.A., and M.B. Smith.: *"The Mental Status of 1480 Crippled Children."* Ed. Trends, I (1933), 22-24.
8. Barbour, E.H.: *"Adjustment during Four Years of Patients Handicapped by Poliomyelitis."* N. Eng. J. Med., CCXIII (1935), 563-5.
9. Nilson, K.: *"An Age-Grade Study of Physically Disabled Pupils in Minnesota Public-Schools"*. Slem. Sch. J., XXIII (1932) 122-9.
10. Rosenbaum, B.B.: *"Neuroendencies in Crippled Girls"*. J. Abn. & Soc. Psy., XXXI (1937), 423-9.
11. Strauss, M.: *"Initiative and the Crippled Child."* The Crippled Child, XIII: 6 (1936), 164.
12. Brockway, A.: *"The Problem of the Spastic Child." J. Am. Med. Ass.*, CVI (1936), 1635-9.

الفصل التاسع

سيكولوجية مشوه الوجه

مشكلات مشوهي الوجه

ليس لدينا بيان ولو تقريبي يبين مدى انتشار مشوهي الوجه بين أفراد المجتمع . فلا نجد في السجل الرسمي لإحصاء سنة ١٩٤٧ سوى حالات الجذام والبرص وهؤلاء عددهم ٦٨٢ . أما الشخص المصاب بحروق في الوجه أو لطع في الجبين أو تختلف عنده تقاطيع الوجه فهؤلاء جميعاً وغيرهم لم يأت ذكرهم برغم الصعوبات الكثيرة التي يقابلونها .

وربما تكون تشوهات الوجه عائقاً خطيراً للحياة الناجحة . كما هو الحال في الأنواع الأخرى من العاهات الجسمية . ومع أنه ليست هناك عاهة سمعية أو عضوية ، إلاّ أن المشكلة فيما يختص بمشوهي الوجه تصبح خطيرة بسبب الدور الهام الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية . وحتى سنين قليلة مضت . لم يهتم الباحثون في ميدان العوائق الجسمانية أو رجال التأهيل بمشاكل مشوهي الوجه . ومن ثم فليس هناك عن الموضوع سوى بيانات قليلة جدًّا . كما أن الكتب الخاصة بذوي العاهات لم تتعرض لهذا الموضوع على وجه التخصيص . ومع أن بعض الأبحاث قد أجريت على تعبيرات الوجه ، إلا أنها لم تول عنايتها للمشاكل الناتجة عن تشوه الوجه . ففيها تركز الاهتمام على دراسة الوجه كمعبر عن الشخصية . ودراسة العواطف والشعور كما تعكسها تعبيرات الوجه . والعلاقة بين الشخصية وتطور الشخص ونموه . وكذلك المظهر والجاذبية الجسمانية وما يبعث على الكراهية والاشمئزاز من العيوب الجسمانية . ومنذ عهد قريب أدرك الدارسون أن التشوهات في الوجه تعوق الشخص عن أن يشعر أنه قادر على تحقيق ما تتطلبه حياته الاجتماعية والاقتصادية في مجتمعنا الحاضر . ويبعث هذا الشعور المتزايد كثرة عدد ضحايا الحروب أو الحوادث

المدنية أو الاهتمام الزائد في هذه الأيام بجمال الوجه والمظهر الجسماني عند تقرير صلاحية الشخص لكثير من المهن أو عند زواجه أو تقدير فرص نجاحه في الحياة عموماً.

وربما ينتاب ذوي العاهات الجسمانية شعور بأنهم أعضاء ناقصون في مجتمعهم وبأن معظم أفراد المجتمع ينظرون إليهم نظرة عدائية، ويتضخم هذا الشعور لدى مشوهي الوجه بالذات بسبب الدور الهام الذي يؤديه الوجه في الاتصالات والعلاقات بين الأفراد.

والوجه الوسيم والشخصية العذبة سلاحان قيمان يؤهلان صاحبهما لكثير من الوظائف، أما الوجه القبيح أو المشوه فإنه مسؤولية كبيرة وعبء ثقيل. ولهذا فإن التفرقة في المعاملة والشعور العدائي نحو المشوهين عاملان فعالان يعملان ضد ذوي الوجوه غير المتناسقة، أو التي بها آثار جروح، أو التي لم يكن نموها عاديًّا طبيعيًّا، أو بها أي نوع من أنواع الشلل، أو انعدام بعض الأعضاء.

أنواع التشوهات وتصنيفها

هناك طرق متعددة لتصنيف تشوهات الوجه - إحداهما على أساس النوع. ويمكن استخدام الأنواع الثمانية التي تكثر ملاحظتها وهي تنبني على ما يأتي: - (الأنف - الأذن - العين - بداية الشعر - الفك - شلل الوجه أو آثار جروح بالوجه - خليط أكثر من واحد من الأنواع السابقة) وفي كل حالة من هذه الحالات تتباين طبيعة التشوه وتختلف، ففي حالة الأنف مثلاً تكون العاهة عبارة عن اختفائها، أو وجود ظاهرة غير عادية بها مثل حجمها وشكلها ولونها. وفي حالة الأذن الخارجية تكون العاهة عبارة عن اختفاء كلي للأذن أو كلي أو جزئي لأحد قطاعيها أو ربما كانت عبارة عن تضخم حجمها أو شكلها.. الخ أما آثار الجروح بالوجه فتكون في أشكال مختلفة لا حصر لها تنتج عن الحروق أو الأمراض أو العمليات الجراحية.



(شكل ١١)
(وشم) ورم مصبوغ بالأنف، استئصال وترقيع من خلف الأذن (قبل العملية)

ويمكن تصنيف تشوهات الوجه على أساس خطورتها حسب التقدير الذوقي إلى الدرجات الأربع الآتية :-

١ - **الطفيفة** :- وهي التي لا تسترعي الانتباه إلا إذا لفت النظر إليها . وهي أحياناً مصدر مضايقة لبعض الناس .

٢ - **المتوسطة** :- ويمكن ملاحظتها . وربما أثارت بعض التعليقات أو التساؤولات أو الحملقة . لكنها عموماً ليست مصدر رد فعل خطير .

٣ - **الملحوظة** :- وهذه تلاحظ بشكل أكيد وتثير مختلف المشاعر العكسية لدى الآخرين مثل الاشمئزاز والتندر والعطف والفضول أو الحملقة الزائدة أو تحاشي الاختلاط بالشخص ذي الوجه المشوه .

٤ - **الخطيرة** :- وهذه تصدم الآخرين وتثيرهم بكل تأكيد وتولد عندهم الشعور بالأسى والاشمئزاز والدهشة .

إن هذا التصنيف ربما يتأثر بالنظرة الذاتية للشخص الذي يقوم بالبحث . لكنه مفيد عند دراسة حالات الأشخاص مشوهي الوجوه .

وهناك تصنيف ثالث مبني على أساسين مصدرهما طبيعة العاهة نفسها إذ تكون خلقية (أي موجودة عند الولادة) أو مكتسبة - ويحتمل أن تكون العاهة الخلقية غير واضحة عند الولادة إلاّ أنها تظهر بجلاء حينما يكبر الشخص كما هي الحالة عندما يكون حجم وشكل الأنف غير طبيعيين، إذ لا يظهر هذا الشذوذ إلاّ في مرحلة بلوغ الفرد سن المراهقة . أما العاهة المكتسبة فإنها تكون نتيجة للمرض أو للحوادث . وفي الحالة الأخيرة ربما تكون أثراً لعملية جراحية .



(شكل ١٢)
(بعد العملية)

وعلى أية حال، فإن تصنيف العاهة يتوقف إلى حد كبير على الثقافة والبيئة، ففي أحد المجتمعات يعتبر شخص ما ذا عاهة تشوهه، ولكنه في مجتمع آخر لا يعتبر كذلك. فمثلاً الشخص ذو الشفاه البارزة الغليظة يعتبر في مجتمعنا مشوهاً، أما في مجتمع آخر للزنوج فينظر إليه بعين الإعجاب والتقدير. والأنف المفرطح أو المقوس، وكذلك آثار جروح من سكين أو سيف، تعتبر علامات تنبئ عن العزة والكرامة في مجتمع ما ولا ينظر إليها بعين التقدير والرضا في مجتمع آخر. والوشم والنقطة الخضراء في جبين القروية تتحلى به إلى أن تأتي إلى المدينة وتندمج في أوساطها فتسعى إلى ازالتها، وكذلك يفعل الشاب في ال (III) التي يرسمها على جانبي العينين وبجوار الأذنين طالما كان في الريف، ويضطر لإزالتها حين يعين في إحدى الوظائف الرئيسية بالمدينة.

النواحي النفسية والثقافية

يمكن لمشوهي الوجه أن يتغلبوا على عاهاتهم لولا أن الاتجاه الاجتماعي يعتبر الشخص الذي به عاهة شاذاً ومختلفاً عن الآخرين ومتخلفاً عنهم، وينصب هذا على جميع المصابين بعاهات جسمانية، إلاّ أن بعض مشوهي الوجه يكونون هدفاً سهلاً ينتج مشاعر اجتماعية متباينة تعكس الامتعاض والخوف أو الحقد والمعتقدات الخرافية وتكون أحياناً ظاهرة أو مختفية في أشكال من الشعور العدائي، أو الشعور بشذوذ تلك الفئة من المشوهين. وعلى مدى التاريخ وفي المجتمعات المتمدنة، والبدائية من عالمنا الحاضر، لا يعتبر الشخص الذي يشذ شكله عن الطبيعي أنه شاذ من الناحية الجسمانية فحسب، بل شاذ في مقومات شخصيته. هؤلاء الأشخاص المصابون بتشوّه وجوههم يعاملون كخوارج عن المجتمع أو على أنهم ذوو مركز منحط، وربما كانوا هدفاً للسخرية أو الفكاهة.



(شكل ١٣)
شفة أرنبية مزدوجة (قبل العملية)

وفي معظم البلاد الحديثة تحتل الجاذبية الجسمانية وخصوصاً في الوجه مكاناً ملحوظاً، ويؤكد ذلك ما تعلقه السينما والراديو والصحافة وصناعة العطور على هذه الناحية من أهمية كبيرة. وحيثما يوجد تحيز عام نحو المظهر الجسماني السليم يكن الشخص ذو الوجه المشوه في مركز عصيب لأنه لا يستطيع أن يجاري من حوله في مظهر وجهه. ولا يستطيع أن يحظى منهم بالقبول، فضلاً عن أن الآخرين يعزون إليه صفات لا تلقى من المجتمع قبولاً، وربما أشيع عنه أنه المجرم أو البلطجي أو الشخص الذي خلت حياته من المثل الأخلاقية.

وما يزال هناك بعض المعتقدات والعادات الخرافية المتعلقة بتشوه الخلقة والشذوذ الاجتماعي مثل الربط بين تشوهات الوجه والاتصال الجنسي المحرم أو بينه وبين العقاب والتكفير عن السيئات الشخصية أو سيئات الوالد أو بينه وبين بعض تجارب الأم قبل الولادة. قال شاب عنده علامة بلون النبيذ إن امه عللت ذلك بوضع أخيه قدمه على المكان المقابل لجبهته عندما كانت حاملاً فيه. كما قال إن بعض النا س سألوه إذا كانت أمه قد حاولت التخلص منه قبل ولادته. وقد ذكرت أم لطفل ولد بشفة أرنب أن ذلك حدث لأنها كانت تدلل أرنباً حينما كانت حاملاً فيه (رواية امرأة ايطالية بنيويورك). كما ذكر أب إيرلندي الأصل أصيب بتشوهات خطيرة نتيجة للحروق أن ذلك جزء من اللعنة المنصبة على أسرته وأن ذلك نهاية هذه اللعنة. وبالولايات المتحدة حالياً شائعات ومعتقدات عدّة متعلقة بمشوهي الوجه. فكثيراً ما يربط بين مظهر الوجه والخصال الشخصية. فإذا ما كان الوجه مشوهاً كان التقدير سالباً وربما كان عكسياً. فالشخص ذو الأنف المتعرج ربما اعتبر محارباً أو مجرماً عريقاً في الإجرام. وذلك المصاب بشلل نصفي في وجهه ربما اعتبر شخصية قوية صلبة. وبعض الوجوه تثير الضحك والسخرية لأنها توحي وتقرب من الصور الهزلية (الكاريكاتور) مثل الأنف الأفطس أو الأذن المفلطحة.



(شكل ١٤)
بعد العملية

والعاهات الخلقية أو الناتجة عن المرض ينظر إليها باشمئزاز أكثر من تلك التي تنتج عن الحوادث ، ففقدان إحدى الأذنين نتيجة للتصادم في حادث ما يلقى اشمئزازاً أقل مما إذا كان ناتجاً عن انعدامها خلقيًّا ، والشخص الذي يفقد فكه نتيجة لإصابته برصاصة في ميدان الحرب ، يكون أكثر قبولاً في المجتمع من الشخص الذي فقد فكه بسبب المرض.

والخلاصة أنه في المناطق التي بها حقد أو تمييز لفئات أقلية يجد الشخص الذي لديه صفة جسمية (مثل العيون المنحرفة أو البشرة الآسيوية الصفراء أو الأنف اليهودي) أنه غير مقبول اجتماعيًّا في بيئته رغم أنه ينتمي إليها. وعلى ذلك فمشوهو الوجه كغيرهم من ذوي العاهات يعاملون معاملة متشابهة ويحصلون على نفس المشاعر التي لدى غيرهم من الأقليات عنصرية كانت أم دينية. إنهم يشعرون بالتفرقة التي يضفيها عليهم مجتمعهم ، وينظرون إلى أنفسهم كما ينظر إليهم الآخرون ويمكن أن يصبحوا الضحية التي تكفر عن ذنوب الآخرين الذين يعكسون مشاعرهم العدائية على هذه الفئة إما مباشرة أو بطريقة مستترة. وربما أصبحوا موضعاً للعطف والشفقة مما يضعف فرصتهم للقبول في المجتمع أو للحصول على الرضا والسرور من علاقاتهم الشخصية مع غيرهم.

نظرة المجتمع

من الصعب تغيير نظرة المجتمع وشعوره نحو مشوهي الوجه ، لكن هناك طرقاً يمكن محاولتها ، منها بذل كل مساعدة ممكنة لأمهات الأطفال المشوهين لكي يولدوا لديهم اتجاهاً لقبولهم على حالتهم حيث إن أم الطفل الذي يخلق مشوهاً ، كما هي الحال عند أم الطفل الذي لديه عائق جسماني تشعر أنها مذنبة وأنها هي المتسببة في هذه العاهة. والمحاولة الأولى مع مثل هذه الأم هي إقلال نمو هذا الاعتقاد لديها أو إزالته كلية. وقد اقترح « بريت » (Bryt) لذلك أن يقوم الطبيب والممرضات الذين أشرفوا على ولادتها بمساعدتها على مجابهة هذه الحقيقة بشكل واقعي بدلا من أن تدعي إنكار العاهة أو أن تكون لديها شعور بالعطف والرثاء. ودور الطبيب هنا في غاية الأهمية لأنه يستطيع إزالة أي فهم خاطئ لدى الأم عن سبب حصول عاهة وليدها ، ولأنه يستطيع أن يوضح بكل جلاء التحسينات في المظهر التي يمكن الحصول عليها بواسطة الجراحة التجميلية.

ويمكن للمدرسين أن يساعدوا الأطفال المشوهين مساعدات فعالة إذا اعتبروا أن العاهة هي ظروف واقعية وليست سبباً أكيداً ينتج عنه عدم تكيف الطفل مع المجتمع. فيمكن للمدرس أن يجعل الطفل يتحدث عن عاهته في الفصل ، وأن يساعده على

التخلص من اضطراباته ومشاكله المتعلقة بها وخصوصاً ما يتصل منها بشعور الأطفال الآخرين نحوه. كما يمكن للمدرس أن يساعد الطفل أن يكون جزءاً من مجتمعه الذي يتكون من زملائه الأطفال وبالتالي. وبصفة غير مباشرة يساعده في معاملاته وصلاته الأسرية أيضاً.

وبالإضافة إلى المدرسين يمكن للممرضات والأخصائيين الاجتماعيين وأطباء الأسرة وعلماء النفس وغيرهم من الجماعات المنظمة أو آباء الأطفال المشوهين، أن يؤدوا خدمة جليلة لحمل المجتمع على تغيير شعوره واتجاهه نحو الأطفال المشوهين وعلى تغيير الشعور السائد نحوهم والمنطوي على الرثاء والعطف أو الاشمئزاز. كذلك يمكن لأخصائيي التوجيه ورجال التأهيل وغيرهم ممن يتولون رعاية مشوهي الوجه من المراهقين والكبار أن يؤثروا على الرأي العام وذلك عند اتصالهم بالمجتمع بنفس الطريقة التي يستعملونها للتأثير على الرأي العام فيما يختص بالفئات الأخرى التي تلقى تفرقة في المعاملة بسبب ما أصابها من عاهات جسمانية أو عقلية أو اجتماعية ثقافية.

مميزات الشخصية

في المحيط الاجتماعي يتميز مشوه الوجه بالطرق والأساليب التي يستخدمها ليتكيف مع عاهته ومع المجتمع الذي يعيش فيه. ومعظم ميوله إن لم تكن كلها تعكس القيم التي يعطيها المجتمع لذوي العاهات. وغالباً ما تكون هذه الميول هي التي شب عليها أو تعلمها من والديه أو المحيطين به إما مباشرة أو غير مباشرة. فإذا كان تشوه الوجه موجوداً منذ الولادة، فإن الميول التي كانت تحيط به عند طفولته ستلعب دوراً خطيراً ومهمًّا في تكوين شخصيته. ولكن إذا حصلت العاهة في مرحلة متأخرة فإنه سيتجاوب مع مختلف الظروف كما لو كان لديه شعور بالحسرة وخيبة الأمل أو ألم من جروح، على أن ذلك يتوقف على تكوين الشخص حيث سيكون لديه بالفعل اتجاهات ومشاعر نحو العاهات اكتسبها في حياته، وستنطبق اتجاهاته الحالية نحو نفسه مع تلك التي اتخذها طوال حياته إزاء العاهات. ورغم الاتجاهات الموجودة نحو مشوهي الوجه، فإن هناك فروقاً ملحوظة في اتجاهاتهم ومشاعرهم نحو أنفسهم ونحو عاهتهم، وتلاحظ هذه الفروق بين الأشخاص الذين شبوا في نفس المجتمع أو البيئة. فبعض الأشخاص المشوهين بشكل خطير يشكون من تلقاء أنفسهم من التفرقة في المعاملة التي يلاقونها من الآخرين، ويرجعون السبب في ذلك إلى الصعوبات التي تواجههم في عالم الاقتصاد وفي المجتمع نتيجة لتشوه وجوههم.

إنهم يشعرون أنه بهذا السبب بُوعد بينهم وبين الوظائف التي تتناسب مع مؤهلاتهم ومرانهم، وأنه لنفس السبب، اخفقوا في تكوين أصدقاء لهم، أو في اختيار أزواجهم. كما يعتقدون أنهم منبوذون، وأن المعاملات الشخصية بينهم وبين الآخرين هي أحسن ما يمكنهم الحصول عليه، وأن إخفاقهم في الزواج نتيجة لوجوههم المشوهة. ويلاحظ أن الأشخاص الذين يشكون من مشاكلهم بصورة علنية مستمرة، والذين لا يؤمنون بمزايا جراحة التجميل، كثيراً ما يبالغون في تصوير تشوهات وجوههم وخطورتها (وهؤلاء شواذ).

ومن دراسة حالات المرضى الذين يرغبون في عمل جراحات التجميل وجد ان تشوهات عدد قليل جداً منهم كانت خطيرة، وان التشوهات الطفيفة أو الخفيفة كانت هي الغالبة. وقد وصف بعضهم على انهم مرضى بعقولهم، كما ظهر ان آخرين كانوا مصابين بأنواع ودرجات متباينة من الاضطرابات العصبية، أما النصف الآخر فقد لجأوا إلى المستشفيات تبعاً لنصيحة اناس آخرين. انهم لم يشعروا بضيق اجتماعي نتيجة للتفرقة في المعاملة أو السخرية وعدم قبولهم في المجتمع، على انهم قرروا عند سؤالهم في هذه النقطة، انهم يلاقون احياناً عوائق اجتماعية واقتصادية تمنعهم من النجاح وانهم يعتقدون أن سبب ذلك ربما يكون تشوه وجوههم كما يعلمون أن هناك قيوداً تمنعهم من تكوين صداقة حميمة مع الجنس الآخر، ويقدرون صعوبة التعامل عن قرب بينهم وبين الآخرين بسبب عاهتهم الوجهية. لقد ذكر بعضهم ان وجوههم هي عامل واحد في مشاكلهم عموماً يلومونه في حالة الفشل.

وقد لاحظ «بريت» (Bryt)[1] من دراسته أن الذين لا يشتكون غالباً ما تكون تشوهات وجوههم من النوع الخطير، وأن هذه التشوهات غالباً ما تكون قد حصلت في الكبر، بعكس الذين يشكون فاصاباتهم تكون مبكرة ومنذ الولادة، فضلاً عن أن الشاكين ذوي الاصابات الطفيفة يشكون كثيراً وبشكل ملحوظ ويعتقدون أن عاهتهم عائق كبير لهم في حياتهم الاجتماعية والاقتصادية. وفي الحالة الأولى تكون الحالة النفسية مضطربة بدرجة أكبر منها في الفئة الثانية.

وقد طبق «آبيل» و«وايزمان» Abel & Weissmann اختبارات اسقاطية استخدما فيها صور الوجوه كما استخدما اختبار بقع الحبر لرورشاخ. ووصلا إلى نتائج متشابهة مع

(١) Bryt, T.M. & Others: Facial Deformities and Plastic Surgery, a Psycho-Social Study, Springfield, 1..

نتائج «بريت» (Bryt) ، فقد وجد أن هناك فروقاً ملحوظة في مميزات الشخصية بين المصابين بتشوهات طفيفة والمصابين بتشوهات خطيرة. وأن الاشخاص المصابين بأنواع ودرجات مختلفة من التشوه أقل انتاجاً من الاشخاص الطبيعيين، وربما يرجع ذلك إلى قلة تجاوبهم مع الأشخاص الذين يحيطون بهم. على أن المصابين بتشوهات طفيفة يتمتعون بقسط أكبر من الحرية في هذا المضمار مما يتمتع به المصابون بدرجة خطيرة، فهم أقل انطواء وأقل يأساً. ومع ذلك، ففي كلتا الطائفتين شك في قدرتهم على قبول انفسهم أو في قبول المجتمع لهم. والمصابون بدرجة خطيرة أكثر تأكداً من غيرهم انهم لا يحظون بقبول المجتمع، ومن ثم فانهم يسلمّون بذلك، ويتكيفون مع هذا الوضع بدرجة أكبر من المشوهين بدرجة طفيفة. والأخيرون يصبحون في صراع مع انفسهم، ويبدون أقل انطواء وأكثر انشغالا بأنفسهم عن المشوهين بدرجة خطيرة. وهؤلاء وخصوصاً الذين تشوهت وجوههم في الكبر يتعمدون ويصرون على الانطواء على انفسهم، ويتحاشون بشكل ملحوظ الاشتراك في أي نشاط مع غيرهم.

وقد اثبتت الأبحاث المختلفة أن المصابين بتشوه يسير يعلمون ويقدرون أن عاهتهم ليست عائقاً في الواقع وأن ذلك من نسج خيالهم، وحينما يرجعون اسباب فشلهم في المجتمع إلى عاهتهم فانهم يعلمون ذلك وهم يعرفون تمام المعرفة أن عاهتهم ليست خطيرة ولا يمكن للناس ملاحظتها بسهولة.

أما المصابون بتشوهات خطيرة فانهم يتقبلون عاهتهم بلا ادنى شك ويرجعون اليها مشاكلهم العاطفية (في المنزل أو العمل أو في المجتمع) لأنهم يعلمون بحق أن الآخرين لا يرحبون بهم ولا بالاختلاط بهم. وهناك بالطبع ما يشذ عن هذه القواعد المتعلقة بمشوهي الوجه بدرجة طفيفة أو خطيرة، فبعض المشوهين بدرجة خطيرة متلهفون جداً وعصبيون وليسوا في حالة انطواء على انفسهم، وبعض المشوهين بدرجة بسيطة أو طفيفة نجدهم منطوين على انفسهم ولا يشكون كثيراً.

وفي كثير من المجتمعات نجد انه اذا ولد طفل مشوه الوجه اعتبره والداه مصدراً للعار، وتشعر الأم انها هي المذنبة، وانها مسؤولة عن عاهة الطفل. اما التشوهات الناتجة عن الأمراض أو الحوادث في مرحلة الطفولة فان الوالدين يتقبلانها بشكل واقعي رغم انهما يلومان انفسهما اذ كان من الممكن تلافي الحادث. وهذا الشعور بالذنب يجعل الوالدين يبالغان في تدليل الطفل وحمايته مما يضعف من شخصيته، ويحمل اشقاءه على الاعتقاد بأنه مختلف عنهم. وعلى ذلك فان معاملة الوالدين للطفل وخصوصاً الأم تولد لديه

اتجاهات خاصة نحو عاهته ونحو نفسه ونحو الآخرين تستمر معه حتى الكبر. وقد ذكر «بريت» خمس طرق يسلكها الوالدان في معاملة أطفالهما المشوهين وهي :

١ – تحاشيها.

٢ – اخفاؤها.

٣ – انكارها.

٤ – عدم عمل شيء بخصوصها.

٥ – اعتبارها شيئاً عادياً.

وفي الحالة الأولى يعزل الطفل عن العالم كلية حتى لا تسأل أمه عن عاهته، وبعض الأطفال المشوهين يغطون وجوههم بقلنسوة أو قبعة وربما تعلموا أن يديروا وجوههم وأن يخفوا عاهتهم بأيديهم. وفي بعض الأسر تستخدم طريقة عكس ذلك حيث ينكر افرادها العاهة كلياً ويخرج الطفل إلى العالم الخارجي ويختلط بالناس الا أن الوالدين يرفضان التحدث عن موضوع العاهة أو الاجابة عن أي استفسار بخصوصها. واحياناً يعتبر التشوه نوعاً من الجمال أو شيئاً مرغوباً فيه (مثل الأذن الصغيرة أو قطع جزء من الأذن).

ثم يصف «بريت» الشعور العادي للوالدين نحو العاهة بأنهما لا يعتبرانها مصدراً للعار أو تكفيراً عن الذنوب. انهما لا ينكران وجود العاهة ويتحدثان عنها مع الطفل ومع الآخرين بشكل واقعي وهذا هو ما يعبر عنه بالاتجاه العادي. والمواقف الخطيرة لمشوهي الوجه هي مثلاً عند دخولهم المدرسة لأول مرة أو عند بلوغ سن المراهقة والتفكير في ايجاد علاقات شخصية مع الجنس الآخر أو عند الدخول في ميدان العمل وأخيراً عند التفكير في الزواج. وفي هذه المواقف يلجأ المشوهون إلى الانطواء والتخفي ليس بسبب انهم عوملوا كذلك بواسطة والديهم، لكن لأن اتجاهات الآخرين نحوهم (والفضول الذي يولد الحملقة) يجعل هاتين الوسيلتين اسهل السبل التي يمكنهم أن يلجأوا اليها، وينطبق ذلك بالذات على المشوهين الذين اصيبوا في سن الكبر ومن ثم فغالباً ما يقللون من اشتراكهم في مختلف نواحي النشاط الاجتماعي أو التعامل الشخصي مع غيرهم من الناس.

وربما يساعد انكار العاهة الطفل في مرحلة الصغر الا أنه يسبب له مصاعب ومشاكل حينما يكبر ويزاول نشاطاً وعلاقات اجتماعية اوسع، وخصوصاً عندما يبدأ الاهتمام بالجنس الآخر والاختلاط به، فقد يُقابل ولد أو بنت اذا كان مشوه الوجه، في سن المراهقة بالرفض وعدم القبول من الجنس الآخر وهذا يولد لديه الارتباك والثورة العصبية

حيث انه كان يعتقد بعدم وجود العاهة أو بساطتها وتفاهتها. أما وجهة النظر الأخرى التي تعترف بوجود العاهة وبالتحدث عنها، فانها تنتج التكيف مع العاهة، وكذلك تؤدي إلى حياة أكثر نجاحاً وتوفيقاً.

وعند مناقشة المشكلة مع الطفل يجب ذكر الطرق والوسائل التي يمكن استخدامها لتصحيح أو تخفيف أثر العاهة ما امكن ذلك. ففي حالة جراحة التجميل يجب تفهيم المريض انه يمكن أن يعيش حياة ناجحة وموفقة. وقد أكد «جريسون»(١) (Grayson) هذه النقطة عندما ذكر أن ذوي العاهات الجسمية يجب أن يتقبلوا انفسهم، بل يجب أن يقدروا التفرقة في المعاملة التي سيشعرون بها عند التعامل مع الغير.

التأهيل

ان تأهيل مشوهي الوجه وتوجيههم لا يختلف عموماً عن تأهيل غيرهم من ذوي العاهات سواء كانوا من الأطفال أم من الكبار، على أن هناك مشاكل خاصة بمشوهي الوجه تتميز بالحدة والخطورة: احداها الاختيار والتكيف المهني وليس في هذا المضمار سوى بحث واحد قام بعمله «لانج»(٢) (Lange) في المانيا سنة ١٩٣٣ وكان عدد المرضى ٥٥ شخصاً. وقد اكتشف من هذا البحث ان المرضى عموماً لم يلقوا القبول من اسرهم وكانوا هادئين ومنطوين على انفسهم وفي محيط العمل كانوا في مراكز اقل من مستوى كفاءتهم ورغم انه ليس هناك بيانات كافية في هذا المضمار الا أن هناك بيانات عن الوظائف التي يمنع المشوهون من العمل بها، فبعض اصحاب العمال يعتقدون أن استخدام موظفين مشوهي الوجه شيئ غير مرغوب فيه من الموظفين الآخرين أو من العملاء، على أن استخدامهم في الوظائف النائية أو المستترة يكون أكثر قبولاً من رجال الأعمال ومن بعض المشوهين انفسهم.

احياناً يرغب الشخص المشوه الوجه أن يتباهى بوجهه المشوه أمام الناس لكي يثير بينهم رد فعل مفاجئ، وهذا في نظره هو السبيل الوحيد لمجابهة الحياة. اما اذا كان الشخص مشوه الوجه بدرجة خطيرة، فانه قد يفترض انه سيقبل في المجتمع وانه يستطيع القيام بأي عمل مثل الآخرين. ومشكلة التكيف في محيط العمل تزداد خطورة وتعقيداً في حالة تشوه الوجه المصحوب بعائق جسماني فعلي في حواسه أو وسائل سمعه... (الصمم،

---

(١) Grayson, M.: The Concept of Acceptance. J.A.M.A., 145 893-896, 1951.

(٢) Lange, J.: Facial Lupus & Personality. Charac & Personal. 2, 117-126, 1933.

العمى . الشلل في الأطراف) وفي مثل هذه الحالات يكون التوجيه المهني غاية في الصعوبة والأهمية .

وهناك اعتبار آخر يثير مختلف المشاكل ، الا وهو جراحة التجميل، ومن هذه المشاكل : - هل يمكن عمل الجراحة في حالة ما؟

وما شعور الشخص المشوه نحو جراحة التجميل وما يتوقعه منها؟

وما آثار التحسين في البشرة؟

وينطوي بالطبع تحت هذه القائمة مشاكل عاطفية واقتصادية واجتماعية . لقد تقدمت جراحة التجميل تقدماً كبيراً من خلال الخمس عشرة سنة الماضية وادخلت تحسينات على اساليبها جعلت من الممكن اجراء تغييرات ملموسة في الوجه بغية تحسين شكله وتجميله (انظر الأشكال) . أما بخصوص النتائج فيما يختص بشعور المرضى نحو الجراحة فان بعضهم يكون راضياً ومسروراً بنتائجها بدرجة كبيرة على حين يشعر غيرهم ببعض الرضا ، ويحتمل فقدان الرضا كلياً حيث يعتقد المريض في هذه الحالة أنه قد ضيع سدى مجهوده ووقته ونقوده وتسبب لنفسه في آلام لم تكن لازمة . وفي الاتجاه الآخر هناك بعض المرضى الذين يسرون كثيراً ببعض التحسينات الصغيرة الطفيفة . وعلى العموم ، فان فئة الشاكين الذين يشعرون أن وجوههم هي مصدر جميع مشاكلهم في العلاقات الاجتماعية مع غيرهم هم الذين يحتمل الا يرضوا والا يسروا بنتائج الجراحة التجميلية ، أما فئة غير الشاكين فهي التي ترضى وتفرح بهذه النتائج بدرجة أكبر.

وقد لاحظ «بريت» (Bryt) أن المرضى الذين يعتقدون أن أي تحسينات طفيفة في منظر وجههم الخارجي سيكون معناه تقدماً كبيراً في حياتهم اليومية والاجتماعية ، هؤلاء المرضى عادة ما يصابون بخيبة الأمل لأنهم لا يقدرون أن المسألة لا تقتصر على تغيير في المظهر الخارجي للوجه . بل إنها تستلزم اشياء اخرى لكي يمكن تغيير شعورهم نحو انفسهم ونحو الآخرين.

على أن بعض المرضى لا يقتنعون بسهولة بأن مظهرهم قد تغير بعد الجراحة ، وبعضاً آخر يسر بدرجة كبيرة جداً بنتائج الجراحة الا انهم يشعرون بالخذلان حينما يجدون انهم مضطرون لاتباع تجارب واساليب جديدة في الحياة المحيطة بهم . وعلى أي حال ، يشعر معظم المرضى براحة كبيرة اذا ما حققت الجراحة هدفين . أولهما التشوه لا يبدو خلقياً أو منذ الولادة . والثاني أن التحسينات الطارئة تجعلهم اقل عرضة لحملقة الناس في

الأماكن العامة. وبالطبع يمكن للأشخاص الذين بحثوا في طبيعة الجراحة التجميلية وما تنتجه وما ينتظر منها أن يكيفوا انفسهم في حياتهم الجديدة على هدي هذه المعلومات بنجاح وتوفيق. وعندما تتعدى نتائج الجراحة التجميلية ادخال تحسينات على مظهر الوجه إلى ايجاد تحسينات في حركة بعض الأعضاء كما في حالة تسهيل الأكل والكلام أو التنفس. فان هذه التحسينات تكون ذات أثر كبير فعال في تأهيل المريض وتقدمه.

ويجب أن نذكر أن هناك عدداً كبيراً من الأشخاص المصابين بتشوه بسيط أو طفيف في وجوههم، لا يلجأون لعمل جراحة تجميلية حيث إنهم لا يشعرون أن وجوههم تعوق نجاحهم في الحياة، وفي هذه الحالة ينشدون تصحيح مظهرهم، ويحتمل فيما يختص بهؤلاء أن تكون الجراحة مجدية، ويحتمل أيضاً ألاّ ينتج منها أي فائدة، ولهذا يجب عمل الايضاحات الكافية عن جراحة التجميل وما يمكن توقعه منها.

ان هؤلاء الأشخاص يحتاجون إلى نوع من التأهيل في الناحية النفسية، ولهذا فانه عندما يجري الجراح جراحته فانه يقوم بمخاطرة ايجاد درجة متزايدة من عدم الرضا، وربما اضطرابات عاطفية خطيرة أو حادة. وقد نصح الباحثون بأهمية تمهيد وتجهيز المرضى بكل دقة وعناية قبل اجراء جراحة التجميل لهم وعلى الأخص المصابون بتشوه يسير أو طفيف.

وفي بعض الحالات تكون الجراحة التجميلية ذات أثر عكسي، ويستحسن علاج المرضى نفسانياً لتلافي أي مضاعفات. وأسباب ذلك عدة منها: أن الجراحة ربما لا تكون ممكنة من الناحية الطبية، وانها لا تعني ادخال تحسينات على المظهر عموماً بل ربما كان العكس صحيحاً، وهناك حالات تكون الجراحة غير مجدية فيها تماماً بسبب اضطرابات المريض العصبية الخطيرة. وفي الحالة الأخيرة يكون طلب عمل جراحة تجميلية غير معقول وغير منطقي وتكون النتائج المتوقعة غير متناسبة مع ما يمكن تحقيقه. والنتائج المتوقعة كما أشار «بريت» لا تتعلق فقط بتحسينات المظهر بل بشعور المريض نحو الآثار التي ستنتجها هذه التحسينات بسرعة وبشكل مفاجئ من تغير في اتجاهات الآخرين وشعورهم نحوه. ويمكن القول ان معظم من يتعرضون لجراحة التجميل يمكنهم الاستفادة من بعض التوجيه. فالبحث في مشاكلهم ومنها آلامهم وآمالهم وكذلك مخاوفهم من الجراحة نفسها ومن امكان تكيفهم في الحياة بعد عمل الجراحة.

وفي هذه الأيام تجرى جراحات خطيرة كما في حالة النمو الرديئ غير المتناسق، أو في حالة التجويف الوجهي وربما تسبب في تشوه كبير غير ناتج من الأمراض، بل من الجراحة نفسها وفي هذه الحالات يجب تأهيل المريض حتى يمكن تقليل الصدمة التي

ستنتج حينما يتبين خطورة تشوه وجهه ، اذ بينما كان يتوقع تشوهاً بسيطاً في وجهه أو انحرافاً في فكه قد يجد نفسه بعد الجراحة فاقداً لفكه الأسفل كلية وأنه لا يستطيع أن يأكل سوى السوائل فقط . ولا يخفى ما يؤديه النصح والتوجيه في هذه الحالات من فوائد جليلة ، فرغم أن الجراحة توفق في معظم الحالات في تقليل تشوهات المرضى الا أنه يبقى لديهم مشاكل كثيرة ، فليس لديهم عاهتهم فقط ، بل هناك لهفة وشك كبيران عن النتائج والتحسينات التي ستؤديها الجراحة فضلاً عن المرض الذي استدعى هذه الجراحة ، وهذا القلق وتلك المشاكل لا يمكنهم اظهارها اما لعدم قدرتهم على ذلك أو لعدم رغبتهم في اظهارها .

ولم يتقدم العلاج النفسي الخاص بالمشوهين لدرجة كبيرة ، على أنه طريقة علاجية لا يشترط أن تكون خاصة بهذه الطائفة ، فهي تتعلق بأفراد مضطربي العواطف بصرف النظر عن عاهاتهم الجسمية اذ انهم لا يستطيعون معالجة مشاكلهم بأنفسهم دون مساعدة الموجهين والاخصائيين الاجتماعيين. وهنا يوجد مجال واسع ألا وهو العلاج النفساني الجماعي للمشوهين ، وذلك بغية اكتشاف جدوى معالجة مشاكلهم على انهم جماعة متناسقة من مشوهي الوجه ، أو على انهم جماعة متناقضة متفرقة تتعارض مع الأشخاص ذوي الوجوه السليمة لكن لدى افرادها مشاكل وصعوبات عاطفية .

المراجـــع

1. Bryt, T.M. & Others.: *"Facial Deformities & Plastic Surgery, A Psycho-Social Study."* Springfield, 1952.
2. Grayson, M.: *"The Concept of Acceptance"*. J.A.M.A.; 145, 893-896, 1951.
3. Lange, J.: *"Facial Lupus & Personality"*. Charac. & Personal., 2, 117-126, 1933.

الفصل العاشر

سيكولوجية المريض بالسل

مقدمة :

تدل الإحصاءات الرسمية على أن عدد المرضى بالسل في العيادات الداخلية عام ١٩٤٦ بلغ ٦٢٤٢ مريضاً ، على حين كان عدد المرضى في العيادات الخارجية ٣٨٦٥٢ مريضاً لم يجدوا لهم أماكن في المستشفيات الحكومية ، هذا عدا الحالات التي تعالج بالعيادات الخاصة والحالات التي لا تعرف عنها شيئاً ، فأصحابها لا يكترثون ولا يهتمون بالعلاج لأسباب عدة ، فمنهم من فقد الأمل في العلاج ، ومنهم من ارتد إليه المرض ، ومنهم من فقد الأمل في الحياة كلها وأظلمت الدنيا في وجهه وأصبح يعيش ليقضي أياماً معدودات ، ومنهم من لا يكترث فينشر رذاذ المرض بين أفراد المجتمع الذي يود أن ينتقم منه إلى غير ذلك من الأسباب .

ولقد شعر المسؤولون في السنتين الأخيرتين بخطورة الأمر فأولوه عناية كبيرة ، وكان مشروع رعاية مرضى السل وأهاليهم من أول المشروعات التي اهتم المجلس الدائم للخدمات بدراستها دراسة شاملة .

النواحي الطبية لمرض السل

أسبابه :

المرض المعروف بالسل ينشأ بسبب جرثومة عضوية تعرف بباسيل السل (tubercle bacillus) وذلك حينما تكون حالة الجسم تسمح لها بالتوالد والتكاثر فتقوم بعملها الهدام في أعضاء الجسم وخلاياه.

يعيش الميكروب لمدة ساعات في الجو الرطب خارج الجسم وربما تحمل الجو الجاف أو البارد لمدد طويلة ، لكنه يموت بعد بضع دقائق في الماء المغلي ، ولا يعيش كثيراً في الشمس أو في الهواء النقي ، على أنه إذا تمكن من الجسم تكاثر بسرعة كبيرة.

و صيب السل أي جزء من أجزاء الجسم ، لكن السل الرئوي هو أكثر أنواعه شيوعاً وسيختص هذا الباب بالسل الرئوي.

ينتقل المرض بواسطة استنشاق ميكروبه الموجود في التراب أو ذرات الرطوبة ، وهو يقبع في الأركان العميقة من الرئة ، ويظل بدون تأثير حتى تصبح حالة الجسم مناسبة لكي يبدأ هجومه فتظهر أعراض السل المعروفة. ويمكن انتقال الجرثومة بطريق البلع ، وفي هذه الحالة تكون معرضة لآثار التفاعل الكيماوي للعصارات الهضمية وللحركة الميكانيكية التي تقوم بتوصيلها إلى الأمعاء الغليظة التي تقوم بإخراجها مع البراز ، ومن ثم يستلزم الإصابة بالسل بسبب بلع الجرثومة عدداً من جراثيمه أكبر مما يلزم في حالة انتقالها عن طريق الاستنشاق. وتنتقل الجرثومة من شخص لآخر بطرق عديدة أهمها الاختلاط المتصل عن قرب بشخص حامل للميكروبات ، ولدى هذا الشخص ميكروبات حية في لعابه وفي الرذاذ الذي يتناثر من فمه عند السعال أو العطاس أو حتى عند الضحك أو الكلام ، فإذا ما اقترب شخص من محيط هذه الذرات فقد يستنشق بعضاً منها وتكون بالطبع حاملة للميكروب ، وتقبيل شخص لديه ميكروبات السل يكون في غاية الخطورة فقد تكون الميكروبات على شفتيه مباشرة. وهذه هي أمثلة من الاتصال المباشر ، على أن ميكروب السل يمكن انتشاره بالاتصال غير المباشر حيث إنه يعيش لمدد طويلة خارج الجسم ، ومن ثم تنتقل العدوى باستعمال أي شيء استعمله شخص حامل للميكروب ، أو كان في محيط الرذاذ المتناثر من عطاسه أو سعاله ، وهذه الأشياء كثيرة العدد متفاوتة الأنواع ، فهي تختلف وتشمل الملابس أو أدوات الأكل والأثاث والسجاجيد والفوط ومقابض الأبواب وسماعة التليفون وغيرها ، هذا إلى أن اللعاب حينما يجف ويختلط بالتراب يمكن للهواء أن

يثيرها ويرفعها إلى الهواء الموجود داخل حجرة ما ، فيمكن لسكان هذه الحجرة استنشاق ما تحويه من ميكروبات مرض السل.

وبالإضافة إلى طرق العدوى المباشرة وغير المباشرة يمكن انتقال المرض بوسيلة شخص ثالث– فمثلا : يمكن لوالد أن يقع قدمه على بصاق شخص مصاب في الشارع فيلتصق هذا البصاق أو جزء منه بقدمه ويحمله إلى المنزل فينتقل الميكروب إلى الأرض حيث يلعب اولاده ، كما يمكن أن تكون بقرة ما مصابة بمرض السل وقد يكون الميكروب موجوداً بلبنها ، فيصيب من يشربونه ، اللهم إلا إذا عقم اللبن.

والحالات المعروفة لاصابات السل في الولايات المتحدة تبلغ ١٠٠,٠٠٠ حالة كل سنة أي بمعدل ٦٧ شخصاً لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان–وفي ١٩٥٠ كانت نسبة الوفيات بسبب السل في الولايات المتحدة بمعدل ٢٢,٢ لكل مائة ألف من السكان أي بنقص ٨٩٪ عن سنة ١٩٠٠ حينما كانت نسبة الوفيات ١٩٤.٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ وحينئذ كان السل هو السبب الأول للوفاة في الولايات المتحدة ، أما في سنة ١٩٥٠ فقد تسبب في وفاة ٣٤,٠٠٠ شخص أي أن ضحاياه كانوا أكبر من ضحايا أي مرض معد أو طفيلي آخر ، فهو ما زال السبب الأكبر للوفاة في الأعمار من ٢٠ إلى ٤٠ سنة ولذلك لا يجب الإقلال من شأنه بأي حال من الأحوال.

الأعراض والتشخيص :

الأعراض المعروفة لمرض السل هي الشعور بالتعب ، انخفاض وزن الجسم ، فالشعور بالحمى بعد الظهيرة ، عسر الهضم ، العرق بالليل ، وحصول السعال أو خشونة التنفس ، أما الأعراض الأقل شيوعاً ، فأولها ظهور آثار الدم في البصاق ، وتكون الكمية ضئيلة أو كبيرة حسب حالة المرض. وأحياناً تكون الآلام الحادة في الصدر هي الإنذار الأول لوجود المرض ، وقد لا يظهر شيء من هذه الأعراض ، بل غيرها مثل : سوء الحالة الصحية ، النوم المضطرب ، اضطرابات الأعصاب أو حالة هبوط عام ، وأي من هذه الأعراض تستدعي عناية الطبيب وفحصه ، فقد تكون إنذاراً أو علامة لوجود مرض السل.

أما الجزم بوجود المرض من عدمه فوسيلة ذلك هي تحليل البصاق وكذلك بواسطة عمل الأشعة التي تعتبر أهم وأسرع طريقة لكشف المرض ، إذ يمكن الاستدلال على سل الرئة بالأشعة قبل ظهور الأعراض الأخرى. ويمكن بذلك استخدام وسائل العلاج الفعالة في بدء المرض حيث يكون العلاج ناجحاً وتكون احتمالات العدوى ضئيلة.

العلاج :

الراحة هي العلاج الأساسي لمرض السل، وهذا يعني الراحة العقلية والعاطفية والجسمانية، فالراحة تسمح لخلايا الرئة المصابة أن تبرأ، ويستتبع الراحة والغذاء الكافي، والراحة في مصحة لعلاج مرضى السل أفضل من الراحة بالمنزل. وتستخدم أساليب جراحية مختلفة لمساعدة الرئة المصابة على الراحة والاسترخاء حتى يتم العلاج ويحصل الشفاء، ومن هذه الاساليب فصل الرئة مؤقتاً أو فصلها بصفة دائمة أو عمل جراحة في الأعصاب الخاصة بالحجاب الحاجز ينتج عنها انعدام حركة جانب منها لبضعة شهور، أو استئصال الأجزاء المصابة من الرئة. وقد اكتشفت العقاقير المضادة لميكروب السل وكثر استعمالها في السنوات الأخيرة. وأمكن بواسطتها تقصير علاج المرض وتقليل عدد العمليات الجراحية، كما أمكن بواسطتها إجراء عمليات جراحية كانت غير ممكنة في بعض الحالات، وتشمل هذه العقاقير «الأستربتوميسين» (Para-aminosalicyclic acid, Streptomycin) ولكنها لا تعتبر دواء شافياً للسل تبعاً للأدلة الموجودة حاليًّا فضلا عن أنها تولد مضاعفات ضارة قد تكون خطيرة. هذا إلى أن ميكروب السل يمكن أن تولد عنه مقاومة لمفعولها في أثناء مدة العلاج، على أنه اكتشف دواءان لها جديدان في سنة ١٩٥٢ وهما «ريفيون» (Rimifon) Nydrazid ,, Marsilid اللذان أثبتا أن لها فوائد جليلة. وقد اكتشفت حديثاً أدوية أخرى، ولكن مدى مفعولها لم يتضح بعد، وعلى أية حال، فإنا سنفترض في هذا البحث، أن علاج السل سيكون فعالا بدرجة كبيرة في السنوات القليلة القادمة.

وعلى المريض أن يداوم العلاج حتى تظهر صور الأشعة أن الرئتين قد شفيتا تماماً، وحتى تظهر نتيجة تحاليل البصاق سلبية، وعلى العموم، كلما طالت مدة العلاج تحسنت النتيجة وحين يأخذ المريض في التحسن وهو تحت العلاج يجب عليه أن يستعيد حركته ونشاطه بالتدريج حتى يتعود على العمل لعدة ساعات كل يوم، ويجب أن تأخذ هذه الحركة والنشاط شكلاً مناسباً من العمل الخفيف.

النظام بعد تمام العلاج :

على المريض أن يكون حذراً فيما يقوم به من عمل أو نشاط في الفترة التي تعقب انتهاء علاجه، اذ بينما يتلهف هو على استعادة وظيفته المربحة بأقصى سرعة، يجب عليه مبدئيًّا أن يقصر نشاطه اليومي على عمل لا يشغل كل ساعات النهار، ويجب الا تزيد ساعات العمل عن تلك التي كان يعملها في مدة علاجه، كما أن نوع العمل يجب الا

يكون من النوع الذي يسبب له نكسة، ولذا لا يتناسب مع حالته العمل اليدوي المضني أو الساعات التي تستتبعها اثارة التراب أو التعرض للطقس القارس البرودة، كما لا يتناسب مع حالته المواقف الشخصية أو العائلية المحرجة أو المؤلمة أو المواقف المتعلقة بالعمل التي يترتب عليها ازمات تنتج صراعاً وضغطاً لديه.

ويمكن زيادة ساعات العمل تدريجياً تحت الاشراف الطبي على مدى فترة بين ٦و٩ أشهر حتى يمكن الوصول إلى ساعات العمل لليوم الكامل. ويجب الاكثار من عمل الفحص الطبي والتحاليل واشعة أكس طوال مدة السنتين الأوليين للتأكد من احتفاظ المريض بالشفاء، ويجب مراعاة وزن المريض بدقة واعطاؤه فرص الراحة الكافية ومراعاة قواعد الصحة العامة، فاذا مرت السنتان الأوليان بعد تمام العلاج بدون انتكاس المريض امكن اجراء الفحص الطبي والاشعة على فترات متباعدة، لكن عليه الا يتوقف عن المحافظة على صحته الجسمانية والعاطفية وملاحظة وزنه واخذ قسط وافر من الراحة، وبعد خمس سنوات من اتمام العلاج يكون احتمال حصول نكسة للمريض ضعيفاً، لكن يستحسن أن يقوم بعمل صورة اشعة مرة كل سنة.

النواحي النفسية قبل فترة العلاج وخلالها

الاعتبارات النفسية للحالة:

في حالة السل كما في غيره من الأمراض لا يتعامل الاخصائي مع مجموعة من الخلايا المصابة أو المريضة، بل يتعامل مع اشخاص ذوي قدرة على التفكير والشعور تؤثر حالتهم العقلية والعاطفية على حالتهم الجسمانية في كل ساعة من ساعات حياتهم تماماً كما تؤثر حالتهم الجسمانية على حالتهم العقلية والعاطفية. وميكروب السل هو السبب الأول لمرض السل لكنه ليس السبب الوحيد وليس بكاف وحده لحصول المرض، فالذين يصابون بالمرض، يكوِّنون نسبة ضئيلة ممن انتقلت اليه جرثومته في فترة من فترات حياتهم. وسبب ذلك هو أن اجسام معظم الناس تقاوم الميكروب وتجعله غير فعَّال، أما اذا قلت مقاومة الجسم أو كانت كمية الميكروب كبيرة وذات حيوية أو توفَّر كلا العاملين، تكاثر الميكروب ونتج عن ذلك المرض، وتقل مقاومة الجسم بسبب عدم كفاية التغذية أو عدم كفاية النوم أو سوء احوال المعيشة أو ظروف العمل غير الصحية. والتعرض للاصابة بميكروب السل يكثر اذا زاد عدد الناس الذين يتصل بهم الشخص ويحتك بهم احتكاكاً مباشراً.

وكلنا نعلم أن التراب في الهواء يضر الرئتين، ولذلك فان الاصابات بالسل تكثر بين

الطبقات الفقيرة عنها بين الاغنياء ، كما تغلب بين من يعملون كثيراً ويضنون وتقل بين من لا يعملون. وكذلك تنتشر الاصابات في المدن أكثر منها في الريف حيث يقل الزحام ويكون الهواء نقياً ، وتكثر الاصابات بين العمال الذين يتعرضون للأتربة.

على أنه من الواضح أن الأسباب السابقة لا تعطي الصورة الكاملة للموقف حيث إن :

١ – معظم الفقراء وسكان المدن الذين يكثرون من العمل ، وكذلك من التعرض للأتربة لا يصابون بالسل.

٢ – قلة ضئيلة من الاغنياء الذين لا يعملون والذين يعيشون في الريف ولا يتعرضون للتراب مصابون بمرض السل.

فما بقية القصة اذن؟

ان بقية القصة ، كما اتفق معظم الباحثين والملاحظين لهذا الموضوع هي عند المرضى انفسهم ، فأفكار الناس ومشاعرهم وعواطفهم واتجاهاتهم تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على دقات قلوبهم ، وعلى ضغط دمهم ، وعلى درجة حرارتهم ، وعلى هضمهم ، وتنفسهم ، وعلى عضلاتهم ، وعلى افرازات وعصارات اجسامهم ، أي انها تؤثر على جميع النواحي الجسمية بما في ذلك الغدد الداخلية وافرازاتها. وبالاختصار فان اي اضطراب في حياة الفرد الشخصية أو العاطفية تولد شعوراً بالارهاق وعدم التكيف والحسرة وذلك في علاقات الشخص مع غيره من الأفراد وفي محيط الأسرة والعمل كما توجد اضطراباً في صحته البدنية ، مما يقلل مقاومة الجسم ، وهذا يهيئ الظروف المناسبة لميكروب السل لبدأ هجومه [1]

---

(١) البيانات المتقدمة تعبر عن وجهة نظر هامة وهي ما تعرف بالعلاج الطبي على أساس سيكوسوماتي. وكلمة «سيكو» معناها العقل و «سوما» الجسم وتستعملان للتعبير عن الارتباط والتداخل بين وظائف العقل والجسم وتأثيرها على أسباب وعلاج أمراض الانسان واضطراباته وحسب التقديرات فإن ثلث المرضى الذين يعالجون في المحيط الطبي العام يوحي بأن الأعراض التي تظهر عليهم مصدرها أساساً هو الاضطراب النفسي. وأن الأعراض التي تظهر على الثلث الثاني من هؤلاء المرضى توحي أن أسباب مرضهم مرجعها مشاكل نفسية وعاطفية تؤثر على تكوينهم الجسمي وتزيد أعباء ودرجة أمراضهم الجسمية.

وناحية نفسية اخرى عن مرض السل هي ما تعرف «بالحاجة للمرض»، حيث لوحظ أن بعض الناس لديهم رغبة قوية لاشعورية في الاعتماد على غيرهم لرعايتهم وتدليلهم (كما كانت الحالة عندما كانوا يمرضون في طفولتهم)، ويحقق لهم ذلك اصابتهم بالسل أو أي مرض مزمن آخر يقعدهم عن العمل. وفي حالات اخرى يكون هذا المرض سبباً قوياً للهروب من مآزق عاطفية غير محتملة. فالمريض لا يحتاج إلى مواجهة مواقف الفشل في حياته، فمثلاً تتعلل امرأة ما بالمرض لكي تهرب من مضايقات زوج مدمن على الخمر يصاب بأزمات قلبية. وكذلك بعض الشباب، فالمرض يكون لهم ملجأً للتخلص من سيطرة والد متعسف أو من مضايقات المواقف الأسرية الناتجة من التحيز لأحد الأخوة الأكثر نجاحاً أو لأخت أكثر جاذبية، والالتجاء للمرض للهروب من هذه المواقف يكون لا شعورياً من جانب الشخص المريض. وحتى الانهيار الذي ينتجه سوء التغذية أو الاجهاد في العمل أو الذي يتبع الاصابة بالالتهاب الرئوي ربما يكون مصدره غير المباشر في حالة الهروب هذه. ولهذه تبدو الأسئلة الكثيرة التي منها: لماذا يعاني شخص ما من سوء التغذية وتقل مقاومة جسمه للمرض رغم أن في منزله الغذاء الكافي؟ واذا كان مدمناً على الخمور مما يسبب له فقد الشهية فمن أي شيء يحاول الهروب؟ أو ما الذي يحمله على السير في المطر فيبلل نفسه ويصاب بالزكام رغم أن لديه مظلة وغيرها من اسباب الوقاية.

المقاومة والاعتراض على علاج مرض السل:

ان احد الأسباب النفسية التي تعوق علاج مرضى السل هي رفضهم الاعتراف بوجود أي علاقة بينهم وبين المرض، حيث ان كلمة السل هي كلمة مخيفة مرعبة توحي بالخجل والعار، ومن ثم يجب تلافيها بشتى الوسائل، ولهذا يرفض الناس رؤية الأطباء لشهور طويلة حتى ولو كان لديهم الاعتقاد بأنهم مصابون بالسل، وحتى بعد ظهور التشخيص، يعمد الناس إلى الاهمال أو إلى تأخير تناول العلاج، واحياناً يصرون على أن هناك خطأ في التشخيص نفسه، اذ يعتقدون أن السل شيء لا يمكن أن يحصل لهم، ويحدث هذا اذا ما كان الشخص يشعر أنه ذو صحة جيدة، وربما أخروا تناول العلاج واتباعه نتيجة انهم يوحون لأنفسهم انهم قادرون على معالجة الحالة بأنفسهم، وذلك بعدم اجهاد انفسهم في المنزل، ومن ثم فدخول المستشفى غير لازم، واحياناً يعتبر المتدينون أن الاصابة بالسل ما هي الا عقاب على ذنوب اقترفوها حقيقة كانت أو وهمية. وهذا بطبيعة الحال، يؤخر العلاج، وبعض الناس اذا ما اصيب بالسل يفقد كل أمل في الشفاء،

ويعتقد انه خسر كل شيء، ومن ثم يشعر أنه لا بد أن يتمتع بما بقي له من حياته ويلجأ إلى حياة السكر والعربدة.

ونتيجة لهذا ولغيره من السلوك الذي يقوم على الاعتراض والمقاومة لعلاج المرض، فان نسبة كبيرة ممن يدخلون المصحات تكون حالتهم من الخطورة بمكان. وكان من الممكن كشف المرض بسهولة والبدء في علاجه في مراحله الأولى.

شخصية االمسلول

كان الاعتقاد الشائع هو أن هناك نوعاً خاصًا من الشخصية لمن يصابون بالسل، وأن احتمال الإصابة بالمرض يتعرض لها نوع خاص من الناس، وأنه كلما زادت حالة المرض خطورة وضحت هذه الشخصية واستبانت معالمها. وحتى لو افترض أن أنواعاً متفاوتة من الناس يمكن إصابتهم بالمرض، فقد جادل أصحاب هذا الاعتقاد، وقالوا إن السموم المتولدة داخل الجسم بسبب المرض تنتج شخصية المسلول. وقد عبَّروا عن هذا النوع من الشخصية فيما بينهم بصفات متناقضة، على أن صاحبها منطو متلهف وشديد التأثر. وأنه منقبض ومتفائل بدرجة زائدة، وأنه سريع الإثارة جنسياً، يقظ الذهن وله تصرفات الأطفال.

ولكن بعد عمل الأبحاث الواسعة والاختبارات المختلفة والدراسات الدقيقة في السنوات الأخيرة، استنتج الباحثون أنه ليس هناك نوع واحد من الشخصية مسيطر بين مرضى السل، كما أنه ليس هناك شخصية خاصة، أو بمجموعة من الخصال يتميز بها المسلول عن شخص أمضى مدة نقاهة طويلة.

نعم هناك ما يوحي أن مرضى السل لديهم نزعة اللهفة والاضطراب العصبي الخفيف، والانقباض وعدم الرضا أكثر من نزعة غيرهم من الناس عموماً، لكن يلاحظ وجود هذه النزعات نفسها بين المرضى الآخرين الذين يدخلون المستشفيات بسبب أمراض أخرى مزمنة أو مفاجئة.

وإحدى نواحي «شخصية المسلول» المزعومة التي لقيت اهتماماً كبيراً هي العلاقة بين السل وبين الفصام أو سكيزوفرنيا (Schizophrenia) فقد لوحظ أن نسبة كبيرة من مرضى السل تخرج من بين المصابين بالمرض الأخير، والموجودين بالمستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية، غير أنه ليس هناك دليل على احتمال إصابة الأشخاص الذين لديهم سكيزوفرنيا بمرض السل، على أنه يجب التذكر أن هؤلاء الأشخاص يقيمون في

المستشفيات لمدد طويلة وأن عدوى السل تنتقل نتيجة للازدحام وعدم العناية بمبادئ الصحة العامة.

وكما ذكر آنفاً، فإن جميع أنواع الناس يتأثرون بالمرض وهم في ذلك سواء بصرف النظر عن شخصيتهم أو سنهم أو جنسهم أو لونهم أو مهنهم. ومن المسلّم به أن انقضاء مدة طويلة في النقاهة يعتمد فيها الشخص على غيره قد تولّد مجموعة من الصفات تعد من الخصال الصبيانية، لكن هذه الظاهرة تنطبق بحذافيرها على الأمراض الأخرى ولا يختص بها مرضى السل.

معاملة المريض

لقد ركّزنا الاهتمام حتى الآن على الناحية النفسية للمريض نفسه من حيث عدم تكيفه في المجتمع ومقاومته للعلاج ثم شخصيته، لكن هناك الناحية الأخرى المهمة وهي التي تتعلق بالناحية النفسية لمعاملة المريض بالسل من وجهة نظر الطبيب المعالج والمصحة. أثبتت التجارب أن تشخيص المرض على أنه سل يكون مجدياً بدرجة كبيرة، لكن الطريقة التي يتخيرها الطبيب لإخبار المريض قد تؤثر على سرعة شفائه. فإعلان الخبر بشكل مفاجئ أو بدون مراعاة لحالة المريض قد يزيد في اضطرابه العاطفي. على أن الأمانة في الخبر المصحوبة بالحذر وتأكيد الشفاء تساعد كثيراً، غير أنه ربما تحصل مضاعفات سيئة في النهاية إذا ما اتضح للمريض أن تأكيدات الطبيب فيما يتعلق بشفائه وطبيعة مرضه والمدة اللازمة لعلاجه، كانت كاذبة ولم تستند على أساس من الصدق. فمثلاً يعمد بعض الأطباء إلى الطريقة ذات الأثر السريع ألا وهي التأكيد للمريض أن المسألة لن تتعدى سوى أخذه قسطاً من الراحة لبضعة شهور. وقد يساعد هذا على إقناع المريض لدخول إحدى المصحات، لكن رد الفعل يكون خطيراً فيما بعد حينما يقارن المريض بين الحقيقة والتأكيدات التي ذكرها طبيبه عند البداية.

والظروف التي تحيط بالمريض عند دخوله المصحة قد تؤثر أيضاً على نظرته نحو الحياة وبالتالي على تقدمه في العلاج، فبشاشة الاستقبال ووسائل الإقامة المريحة والاهتمام الشخصي باحتياجات المريض العاجلة، وكذلك تفهيمه بوضوح كاف أسباب وتفاصيل طريقة العلاج ونظامها، كل هذه العوامل يكون لها أثر إيجابي عند المريض. ويمكن في هذه المرحلة المبكرة عمل الكثير حتى يبدأ علاجه دون أن تعتريه هواجس من الخوف أو اليأس أو المقاومة للعلاج.

وهناك بالطبع الطريقة العامة في معاملة مرضى السل، وهي تنطوي على التعميم والاستنتاج منذ البداية. وذلك عن طريق ما يقال أو يحصل في المصحة. وتتلخص في أن المريض قد حضر للمصحة لكي يشفى وأنه سيتحسن بالتدريج، وأنه سيغادر المصحة في تاريخ مقبل، وإحدى الطرق المؤكدة النتائج في هذا المضمار هي البدء مبكراً في التأهيل والتوجيه والتمرين المهني لمن سيحتاجون ذلك عند خروجهم من المصحة. وكذلك المداومة على اقتراح وتشجيع الخطط والمشروعات التي يمكن لجميع المرضى الاستفادة منها بعد خروجهم.

ويجب دائماً تشجيع المرضى على اتباع نظم العلاج بكل عناية ودقة، هذا بجانب عمل كل ما يمكن عمله لكي يوحي إلى المرضى بأنهم سيشفون في وقت ما وأنهم سيزاولون أعمالهم العادية. وهذا الاعتقاد له ما يبرره عموماً حيث إن الإيحاء إلى المرضى يكون عاملاً إيجابيًّا يساعد على العلاج.

وهناك نواح أخرى مرتبطة ومتشابكة مع ظروف العلاج. وهي تؤثر إما إيجابيًّا أو سلبيًّا على راحة المريض الذهنية وبالتالي على قدرته على الراحة والاسترخاء ذهنيًّا وعاطفيًّا وجسمانيًّا وهذا هو العلاج الأساسي الذي يساعد خلايا رئته المصابة على الإبلال.

وسنذكر باختصار هنا بعضاً من هذه النواحي الواضحة، على أن القارئ المفكر يمكنه مضاعفة نقاط القائمة:

١ – مدة الراحة في السرير (فبعض المرضى لا يطيقون التململ والألم والحسرة التي يشعرون بها طول مدة راحتهم في السرير ويفضلون الحركة الجسمانية).

٢ – مدى الدقة في تطبيق لوائح ونظم المصحة وفي الإشراف على تنفيذها (فالمقاييس المناسبة لذلك تختلف من شخص لآخر).

٣ – نظام تصاريح زيارة المدينة أو زيارة الأقارب والأصدقاء أو زيارة المنزل (وهنا أيضاً تتفاوت المقاييس التي تعتبر مناسبة من شخص لآخر).

٤ – مدى ونوع المعلومات التي تعطى للمريض عن تقدمه أو تأخره في العلاج (فالتقديرات تختلف من شخص لآخر).

٥ – الانطباع في ذهن موظفي المصحة والمرضى الآخرين لمخاوف وهواجس مفتعلة أو عدم انطباعها.

٦ -- اتجاهات أقارب المريض وشعورهم نحو الطبيب والممرضات وموظفي المصحة.

٧ -- فرص الاتصال أو النشاط الاجتماعي أو الترفيهي داخل المصحة (ويشمل ذلك انفصال الجنسين أو اختلاطهم).

٨ -- توافر التسهيلات اللازمة للتوجيه والتأهيل المهني الكافي خلال العلاج وكذلك فرص التمرين على ذلك (يمكن لهذه النقطة أن تصبح في غاية الخطورة والأهمية وقد أهملت في معظم المستشفيات).

المغادرة غير الاعتيادية للمستشفى

الخروج غير الاعتيادي من المستشفى شيء شائع ومؤلم إذ ان نسبة كبيرة جدًّا من مرضى السل يتركون العلاج بهذه الطريقة وهي الخروج من المستشفى بدون إتمام العلاج[1]، ويترتب على هذا نتائج خطيرة لا تؤثر فيهم فحسب، بل تؤثر في الآخرين الذين يحتمل أن ينقل المرض إليهم. وغالباً ما يكون هناك سبب قوي ومعقول يدفع المريض إلى مغادرة المستشفى بدون إذن الطبيب رغم أن ذلك ينتج إلى حد ما من رفض المريض التسليم بطبيعة مرضه، وفيما يلي بعض الأسباب التي من أجلها يغادر المرضى المستشفى:

الانشغال على المسائل المنزلية:

المشاكل الأسرية والمنزلية.

الظروف المالية بما فيها المشغوليات المتعلقة بالمعاش والتعويض.

الرغبة في القرب من المنزل لمعالجة المشاكل عند اللزوم.

مشاكل التكيف بالمستشفى:

عدم الرضا والاعتراض على العلاج.

عدم الرضا بالخدمة التي يحصل عليها من موظفي المستشفى.

---

(١) لا نعني هنا الأخطاء التي تقوم بها المستشفيات التي تجبر المرضى على مغادرة المستشفى قبل تمام العلاج بسبب قلة الأماكن والضغط الخارجي من المرضى الذين فات انتظار دورهم. وإنما نعني المريض الذي يخرج برغبته وبدون رغبة الطبيب

عدم الرضا بقوانين المستشفى.

الضجر من الإقامة بالمستشفى.

الرغبة في تلافي النظر التأديبية للمستشفى أو الأساليب المتبعة في مغادرتها.

متفرقات :

تأثير الأسرة أو الأفراد الآخرين خارج المستشفى.

ضيق التفكير وعدم تقدير المسؤولية ويتصل بذلك الإدمان على الخمور.

الخوف من الجراحة.

عدم تقدير خطورة مرض السل.

الشعور باليأس من الشفاء الجسماني.

ويتبين من هذا أن الخوف والنزعات والمشاكل الشخصية وصعوبات التكيف مع المرض هي التي تحمل مرضى السل على مغادرة المستشفى رغم معارضة الأطباء وهذا يقلل من فرص الشفاء، ويضاعف من خطورة المرض، وهذه ناحية واحدة من النواحي النفسية المعقدة التي يجب معالجتها عند التعامل مع مرضى السل وهي خارجة عن اختصاص إدارة المستشفى، فإذا أمكن الوصول إلى حل للنقط الآتية كان ذلك مدعاة لإنقاص عدد الحالات التي تصاب بنكسة في أثناء العلاج وكذلك إنقاص عدد الوفيات وعدد حالات العدوى.

١ - توفير الرعاية الاقتصادية والمساعدات الاجتماعية لأسرة المريض.

٢ - جعل أساليب ونظم المصحة مسلية وذات مغزى للمريض بما في ذلك اعتبار التدريب والتأهيل المهني جزءاً من العلاج كلما احتاج الأمر ذلك.

٣ - مساعدة المريض على أن يفهم هو وأسرته منذ بدء العلاج طبيعة مرض السل والعلاج اللازم له.

المشاكل النفسية في التأهيل العام والمهني لمرضى السل

في حالة الأمراض المزمنة أو الاقامة الطويلة بالمستشفى يتعود المريض على أن يقوم شخص بخدمته ورعايته بدون أي مجهود من جانبه، وعلى ذلك فإنه يرحب ويعمل على

استمرار هذا الوضع ولذلك يمكن القول ان الإقامة بالمستشفى تفي باحتياجات المريض التي يعتمد فيها على غيره. وينطبق هذا بالذات على مرضى السل الذين يعانون آلاماً خاصة أو مضايقات بسبب المرض. وحينما يصل شعور المريض إلى درجة أنه لا يرغب في مغادرة المستشفى إطلاقاً فإنه يبرر ذلك بأنه يدعي أنه عاجز عن الحركة ثم يرفض أن ينهض من مكانه حينما يحين الوقت المناسب لذلك. وينشأ ذلك عن «الحاجة للمرض» التي أشير إليها آنفاً، ويغلب حصولها بين المرضى غير الراشدين أو الذين لا يقدرون المسؤولية، ولكن يندر حصولها بين المرضى الذين لديهم واجبات عائلية أو يقدرون المسؤولية.

ورغم أن هناك رغبة شبه عامة في هذا الاتجاه إلاّ أن هذا يحصل بشدة ويكون ملحوظاً بين من عاشوا في رفاهية وبسهولة وكانوا يعتمدون عاطفيًّا على أحد الأبوين أو الأقارب فضلاً عن أنهم لم يتعلموا أن يعتمدوا على أنفسهم ويحدث هذا الميل أيضاً بين الطبقات الفقيرة جدًّا التي تفضل عيشة المستشفى وغذاءه والرعاية التي يحصلون عليها فيه، على الكفاح والتعب والجهد في سبيل لقمة العيش بالخارج.

أما المرضى الذين يتولد لديهم الرغبة في الإقامة المستديمة بالمستشفى فقد يتولد لديهم بعض الهواجس والمخاوف خلال فترة العلاج مما يعوق قدرتهم على الرجوع إلى حياتهم العادية بعد تمام الشفاء من الناحية الطبية، فقد يطغي الشعور بالخوف من الانهيار حتى أنه يخشى أن يحرك إصبعاً من تلقاء نفسه وبدون مساعدة من أحد، وربما انتابه الانشغال والخوف من أن يتسبب في عدوى غير من الناس مما يمنعه من العودة إلى المنزل، أو حتى التمتع بالتفكير في الزواج، وربما منعه قلقه على قدرته على العمل من أن يحاول الحصول على عمل لنفسه. وربما شعر أن إصابته بمرض السل جعلت من المستحيل عليه أن يحظى أو يجرب الأشياء الممتعة في الحياة، وكل من هذه المخاوف تكون مشاكل نفسية تعوق التأهيل الناجح.

وهناك مشكلة نفسية أخرى وهي الرجوع لأسرته أو لعمله ولنتذكر ما قيل آنفاً عن الإصابة بمرض السل للهروب من ظروف غير محتملة، وفي هذه الحالة يكون الرجوع لهذا الموقف عائقاً كبيراً للتأهيل بل قد يكون سبباً في نكسة سريعة.

وكل هذه النقط تحتم علينا استخدام العلاج النفسي على أن يكون ذلك خلال العلاج وبعده، وحتى في حالة انعدام المشاكل التي ذكرت، أي الرغبة في الإقامة المستديمة بالمستشفى أو مخاوف العجز الجسماني أو الرجوع إلى ظروف تسبب الضيق والكدر، يكون على مرضى السل السابقين أن يواجهوا مشاكل وعقبات متعددة حتى

يستطيعوا مزاولة حياتهم العادية ، فمثلاً : على المريض أن يحدد عدد ساعات العمل التي يقوم بها في اليوم ، وعليه كذلك ألا يزاول إلاّ الأعمال التي لا ترهقه أو تؤثر على صحته ، وعليه أن يكون حذراً من عودة المرض ولذلك يتعين عليه أن يراعي راحته اليومية وغذاءه ووزن جسمه كما أن عليه أن يقوم بفحص طبي من آن لآخر لكي يتأكد من تخلصه من المرض وغالباً ما تسبب فترة العلاج الطويلة استنفاد جميع مدخرات المريض المالية وبالإضافة إلى عدم تكسبه فإن المرض يتركه في حالة مالية يرثى لها ، فضلاً عن أن مدة العلاج تجعله في معزل عن العالم الخارجي بما في ذلك أسرته والمحيطون به ، ومن ثم فإنه يشعر بتغيرهم حينما يخرج من المستشفى لقد تعود على الراحة وعلى أن يقوم غيره بخدمته أما بعد خروجه من المستشفى فعليه أن يعتمد على نفسه ويتعلم من جديد كيف يقوم بأداء ما يحتاج إليه بمساعدة أسرته أو أصدقائه أو أحد الأخصائيين الاجتماعيين.

ونتيجة للتعليم العام فيما يختص بعدوى مرض السل ، فإن المريض السابق إصابته بالسل يجد أن الناس يتحاشونه ويبعدون عنه وينطبق ذلك على مستخدميه وأصدقائه ، وربما اضطر أن يخفي قصة مرضه لكي يستطيع الحصول على عمل يحتمل أن يسبب له ضرراً جسمانيًا بسبب الإجهاد أو الظروف الموجودة في هذا العمل والتي لا تتناسب مع مرض السل وهناك تبدأ مهمة تعليم الصحة العامة . إن المحور الأساسي في كل خطوات عملية التأهيل إنما هو اختيار المهنة المناسبة ، إن المريض لا يعتبر معافى إلا بعد أن يعود لوظيفته التي كان يقوم بها قبل مرضه أو لوظيفة مناسبة مع حالته إذا كانت الأولى غير مناسبة ، ففيما يختص بمرضى السل يجب مساعدتهم من أول يوم من دخولهم المستشفى على تأهيلهم لحياتهم المستقبلة طالما أن حالتهم الصحية تسمح لهم بأي نشاط من أي نوع كان ، فمثلاً يتاح لهم أخذ حمام في أول فرصة ممكنة بعد دخولهم المستشفى بغية تمرين المريض على تحريك عضلاته ودفعه على أن يكون لنفسه هدفاً أخيراً ألا وهو تحقيق نشاط في العمل طول اليوم . وكما ذكر آنفاً عن الحالات النفسية التي تعتري مرضى السل بعد خروجهم من المستشفى ، فإن المريض إذا كان لديه معاش طول مدة عجزه عن العمل فقد يركن إلى هذا المعاش بدلاً من أن يسعى للحصول على دخل من وظيفة ما يكون الحصول عليها غير مضمون أو مؤكد. وقد عبر عن هؤلاء بذوي المعاش (Pensionitis) فإذا لم يكن لدى المريض معاش أو مصدر مادي للاعتماد عليه ، فإنه يتعين عليه أن يبذل مجهوداً متواصلاً وعملاً شاقًا أكثر مما تحتمله حالته الصحية وذلك لكي يغطي مصاريفه ولكي يفي بمسؤولياته .

وليس هناك مجال للنقاش في أنه يجب للتوفيق بين حالة المريض وبين حالة الحالة التي تتطلبها ظروف الأسرة والمجتمع ، أن يقوم المريض بعمل خفيف لبعض الوقت يزداد تدريجيًا تحت إشراف الطبيب إلى يوم عمل كامل. وفي هذه الفترة حينما يكون دخل المريض من العمل لبعض الوقت أقل من إحتياجاته يجب توفير إعانة مالية له لتعوض هذا العجز في الدخل حتى لا ينتج عن ذلك مشكلة جديدة لا يحتملها.

أما المشكلات الأسرية العاطفية الناتجة عن بعد المريض عن أسرته لفترة طويلة فيمكن علاجها بواسطة مكاتب الضمان والهيئات الأهلية التي تهتم بهذه الحالات كجمعية تحسين الصحة أو جمعية يوم المستشفيات وغيرها من الجمعيات التي تهتم برعاية المرضى عدة سنوات بعد خروجهم من المستشفى.

المراجع

1. Barker, R.G. & Others: *"Adjustment to Physical Handicap & Illness."* N.Y.: Soc. Sc. Research Council, 1946, Bull. No.55, Ch.4.
2. Eyre, M.B.: *"The Role of Emotion in Tuberculosis"*. Amer. Rev. Tuberc. 1933, 27, 315-329.
3. Kiefer, N.C.: *"Present Concepts of Rehabilitation in Tuberculosis"*. N.Y., Nat. Tbc. Ass. 1948.
4. Merrill, B.R.: *"Psy. of Tuberculosis Reh."* Office of Vocational Rehabilitation, Reh. Ser. No.16, June 1946.
5. Siltzbach, L.E.: *"Clinical Evaluation of the Rehabilitation of the Tuberculosis"*. N.Y., Nat. Tbc. Ass., 1944.
6. Tollen, W.B.: *"Irregular Discharge."* Wash. (Cov. Pr. Office). Vet. Admin. Pamph, 1948.

الفصل الحادي عشر

سيكولوجية ثقيل الكلام

انتشار عيوب النطق والكلام

موضوع عيوب النطق والكلام هو – بقدر ما أعلم – الموضوع الوحيد من بين موضوعات هذا الكتاب الذي عمل فيه أبحاث ودراسات علمية في مصر وقد سجلت في كتاب «أمراض الكلام».

وكان الغرض من تلك الدراسات هو معرفة عيوب النطق والكلام بين تلاميذ وتلميذات المدارس الأولية، فأجرى الباحث استفتاء في (٤٩) مدرسة منها (٢٧) بنين والباقي بنات في أنحاء القاهرة وضواحيها، وكان عدد أطفال هذه المدارس (٢٥١٩٥) طفلاً من بينهم (١٣١٣١) بنين والباقي بنات – وكانت الأعمار تتفاوت بين ٦ و ١٤ سنة وكان عدد المصابين (١٨٦٥) طفل منهم (١٠١٥) من البنين والباقي بنات، أما تفاصيل النتائج فكانت كالآتي:

النسبة العامة لعيوب النطق النسبة العامة للجلجة النسبة العامة للإبدال النسبة العامة للكلام الطفلي النسبة العامة في العيوب الباقية.

في البنين: ٨٪ تقريباً
في البنات: ٧٪ «

(١) كتاب «أمراض الكلام» للدكتور مصطفى فهمي – مكتبة مصر بالفجالة ١٩٥١.

وفيهما معاً : ٧,٥٪ تقريباً
في البنين : ٠,٨٤٪ »
في البنات : ٠,٥٠٪ »
فيهما معاً : ٠,٦٧٪ »
في البنين : ٥,٥٪ »
في البنات : ٥,٣٪ »
فيهما معاً : ٥,٤٪ »
في البنين : ٦٢,٪ »
في البنات : ٤٥,٪ »
فيهما معاً : ٥٣,٪ »
في البنين : ٧٦,٪ »
في البنات : ٧٦,٪ »
فيهما معاً : ٧٦,٪ »

وقد ناقش الباحث هذه النتائج مناقشة تفصيلية دقيقة ، ثم عقب في النهاية قائلا «ليس لنا أن نعقب على ما حصلنا عليه من نتائج إلا بعبارة واحدة : «أطفال بدون علاج »[1] .

وفي بحث مماثل في الولايات المتحدة الأمريكية ، تبين من تقرير البيت الأبيض أن مليوناً من تلاميذ المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٣ سنة لديهم عيب ما في قدرتهم على الكلام ، ويحتاجون إلى علاج وتمرين لتصحيح كلامهم. ولم يشمل هذا الرقم الأطفال الذين لديهم عيب في الكلام ولم يلتحقوا بالمدارس. وفي مدينة نيويورك وحدها كان العدد ٥٠,٠٠٠ أي بمعدل ٥٪ من مجموع تلاميذ المدارس ، وكانت هذه النسبة أقل من المتوسط وهي (٦,٩٪) للتلاميذ الذين لديهم عيب في الكلام في ٤٩ من المدن الكبرى بالولايات المتحدة.

ولقد اتفقت نتائج البحث في مصر وفي أمريكا على أن العيوب تظهر بشكل أعم بين الأولاد منها بين البنات.

وسنتحدث الآن بشيء من التفصيل عن طبيعة اضطرابات الكلام وأكثرها شيوعاً ، والعلاقة بينها وبين الاضطرابات الأخرى ، وآثارها على الشخصية.

(١) ص ٢٣٨ من الكتاب المذكور.

طبيعة اضطرابات الكلام

من الصعب تعريف اضطرابات الكلام ، كما هو الحال عند تعريف الشيء غير العادي أو الشاذ. كلنا لديه فكرة عن الشخص غير العادي كما هو مصطلح عليه في مجتمعنا ، وربما كان لدينا أسس نبني عليها اعتبارنا لشخص أنه غير عادي ويمكن تطبيق ذلك الكلام حيث نضع مقاييس ونعتبر الكلام العادي أو الطبيعي هو الذي يكون واضحاً ومفهوماً للسامع ، ويجب الا يكون الصوت مرتفعاً بدرجة كافية فقط . بل يجب أيضاً أن يكون مقبولا للأذن ومن ناحية أخرى يجب أن يستطيع المتكلم الكلام بسهولة وبسرعة حسبما تقتضي الظروف.

ويختلف الكلام العادي باختلاف المتكلم ، فيجب أن يكون متفقاً ومتناسقاً مع عقليته وعمره ، وكذلك مع نموه الجسماني. وإذا اعتبرنا أن عكس هذه العوامل هي الأسس الخاصة بالكلام المضطرب ، فإنه يكون غير واضح ولا مفهوم للسامع . كما أن الكلام المعيب أو الناقص هو الذي يكون غير مقبول من النواحي السمعية والكلامية أو من ناحية صعوبة إخراجه ، وكذلك إذا كان غير متناسق مع عقلية الشخص أو عمره أو جنسه أو نموه الجسماني .

وهناك تعبيران شائعا الاستعمال على التناوب في هذا المضمار وهما : **عيوب الكلام واضطرابه** ويستحسن تبين الفرق بينهما وتعريفهما.

فالكلام المعيب هو الذي يلاحظه الإنسان عندما يقارنه بالكلام العادي. وهذه الحالة لا ترجع إلى أسباب خاصة بأعضاء الجسم . فمثلا توجد وقفات في كلام شخص ما . يرجع سببها إلى وجودها في لغته الأصلية . ويعرف هذا العيب في الكلام «باللكنة الأجنبية». أما إذا كانت وقفات الكلام عند شخص ما «مملة» بسبب أنه أصم أو ثقيل السمع فإن ذلك يعتبر **اضطراباً في الكلام** . ومن ثم فالاضطراب في الكلام يشمل **أسبابه والنتيجة السمعية** المترتبة عليها. أما العيب في الكلام فهو عبارة عن النتيجة فقط . وعليه ، يمكن وجود عيب في الكلام بدون أن يكون هناك اضطراب فيه. أما جميع أنواع الاضطرابات فإنها تشمل عيباً في الكلام.

أكثر أنواع اضطرابات الكلام شيوعاً

الاضطرابات العضوية والوظيفية :

يمكن تقسيم اضطرابات الكلام إلى نوعين رئيسيين :

١ – تلك التي سببها الرئيسي جسماني أو عضوي.

٢ – تلك التي سببها نفسي متصل بوظائف الأعضاء.

والتقسيم الدقيق لكل من النوعين يكون متعذراً أحياناً ، إذ انه يغلب ألا يكون سبب الاضطراب في الكلام عضويًّا كلية أو وظائفيًّا في طبيعته ، فمثلا عيب اللثغ ، أو التمتمة ، ربما يكون راجعاً في المبدأ إلى ترتيب ردئ للأسنان ونظامها. وعندما يتبين الشخص ذلك ، تتأثر طبيعته ونظرته بالنسبة لبيئته ، وربما انعكس ذلك على طريقة كلامه. وأحياناً تحوز طريقة الكلام المعيبة هذه رضا الشخص من حيث إنها تلفت إليه الأنظار ، ومن ثم يصر عليها ويرفض تغييرها. ومن الضروري للأخصائي المعالج أن يقرر نوع اضطرابات الكلام. وما إذا كانت عضوية أم وظيفية ؛ وعموماً يمكن القول بأن العيب عضوي أو جسماني إذا كان ناتجاً بصفة مباشرة عن إصابات أو أمراض جسمانية كما هو الحال في مشقوق الشفة مثلا. أما إذا كان سبب الاضطرابات مشاكل عاطفية أو نفسية ، كأن يظهر من تاريخ حياة الشخص حدوث أي اضطرابات اجتماعية أو اقتصادية أو نفسية ، ففي هذه الحالة تعتبر الاضطرابات الكلامية نفسية أو وظيفية. أما في حالة تداخل وتشابك الأسباب بين النوعين ، فإنه يمكن اعتبار الاضطرابات الكلامية خليطاً بينهما.

وعلى أية حال ، فإن من المهم التعرف على أي نوع تقع اضطرابات الكلام ضمنه حتى يمكن تركيز الاهتمام والعلاج في الاتجاه الأوقع والأجدى ، على أن أخصائي العلاج يقومون غالباً باستخدام طرق العلاج الخاصة بالقسمين من حيث تمرين أعضاء النطق على الكلام الصحيح ، وكذلك علاج الناحية النفسية.

أنواع اضطرابات الكلام

هناك أنواع أربعة لاضطرابات الكلام :

أولاً : عيوب النطق :-(dysarthrias & dysalias) وتكون النتيجة عدم وضوح الكلام وغموضه بسبب إخفاق الشخص في إخراج الأصوات الكلامية المعروفة والمصطلح عليها. ويشمل هذا النوع اللثغ واللغط والاستعاضة عن الأصوات المعروفة بغيرها.

ثانياً : اضطرابات الصوت :-(dysphonias) وتشمل الإخفاق في إخراج الصوت مرتباً مقبولا وواضحاً حسب ما تتطلبه الظروف. ومثال ذلك خشونة الصوت والمبحوح منه. أو انخفاضه وضعفه. أو حدّته. أو إخراجه عن طريق الأنف.

ثالثاً : احتباس الكلام :-(dysphasia) الذي يشوش فيه المعنى الرمز اللغوي للكلام.

رابعاً : التمتمة والتلعثم[1] :-(Stuttering) وتشمل أخطاء الاحتفاظ بنغمة الكلام. والتردد في نطقه. وتكرار نفس الصوت بعد صدوره.

(أولا) عيوب النطق وأسبابها

لكي يمكن إخراج الكلام. فإنه يجب تكييف التنفس بفعل أعصاب النطق. ويصحب ذلك حركات الفك والشفتين واللسان والحنك. وللإخراج السليم للكلام يجب أن تكون أعضاء النطق وكذلك مجموعة الأعصاب التي تحركها سليمة لأن أي خلل أو إخفاق في أعضاء النطق عند تغيير وتكييف التنفس سيعتبر عيباً في النطق. أما أسباب هذا الإخفاق فهي ما يلي :-

١ - أن أعضاء النطق بها خلل في تكوينها. أو في علاقتها الفردية بعضها مع بعض.

٢ - أن يطرأ عائق على الاعصاب التي تتحكم في هذه الأعضاء.

٣ - وجود عادات غير صحيحة في النطق حتى ولو لم يكن بجهاز النطق أي عيب.

الأسباب العضوية : انحرافات الشفاة :

(١) في بعض الكتب نجد أن Stammering , Stuttering يترجمان بلفظ «لجلجة».

١ – الشفة الشرماء والحنك المشقوق : إن اضطرابات النطق الناتجة عن الشفة الشرماء أو الحنك المشقوق . هي أكثر التشوهات العضوية شيوعاً. ومن الطبيعي أن تتوقف مدى خطورة هذه الاضطرابات على مدى خطورة الإصابة الجسمانية . فإصابة قاع الحنك . يوثر على نطق بعض الحروف مثل ج G . ك وإذا كانت الإصابة في سقف الحنك . فإن ذلك يؤثر على نطق بعض الحروف الأخرى التي تنتج من اتصال اللسان بسقف الحنك مثل (ت . ط . د) فإذا وصلت الإصابة إلى الشفة العليا . فإن ذلك سيؤثر على نطق حروف مثل (ب . ف)... إلخ . وإذا كان الشق خطيراً . فإنه يؤثر على قدرة الشخص على النطق بدرجة خطيرة حتى يكون من الصعب تفهم كلامه .

٢ – تناسق الفكين وانطباقهما : إذا لم يكن هناك تناسق وانطباق بين الفكين كأن يكون أحدهما بعيداً عن الآخر أو أقصر منه مما ينتج وجود فجوة بينهما . أو إذا لم يكن وضع الأسنان أو نظامها متناسقاً. يتأثر عن هذا نطق بعض الحروف مثل (ز . س . ي) . أما إذا كانت الفتحة الموجودة بين الفكين كبيرة فإن الحروف التي تحتاج إلى استعمال الشفتين والأسنان تتأثر بذلك مثل حرف (ف . ذ . ز) .

٣ – عقدة اللسان : إن اللسان متصل بمؤخرة قاع الفم بمجموعة من الحبال فإذا كانت هذه الحبال قصيرة أو طويلة أكثر مما ينبغي . فإن ذلك يعوق الحركة السهلة للسان ويتأثر تبعاً لذلك نطق بعض الحروف التي تحتاج لاستعمال طرف اللسان ومقدمته (ت . د . ط) .

٤ – الأورام في اللسان : إن أي تضخم غير عادي للسان يعوق سهولة حركته ودقتها . وتكون النتيجة عموماً هي ضخامة الصوت وخشونته . وعدم وضوحه وتتأثر تبعاً لذلك الحروف التي تحتاج لطرف اللسان في نطقها حيث يكون من الصعب على الشخص نطقها .

العيوب العصبية :

(أولا) عسر الكلام : إن إخراج الأصوات اللازمة للنطق يستلزم مجموعة من الأعصاب ذات كفاءة تستطيع بها أن تتجاوب بشكل صحيح مع الموجات والتوجيهات التي تصلها . وأعضاء النطق تقع مباشرة تحت إدارة أعصاب أخرى صادرة من الأعصاب المركزية ومن المخيخ . وينتج عن أي اضطراب في هذه المراكز اضطراب في النطق يعرف بعسر الكلام (dysarthrias) وهو ليس مرضاً . بل إنه عبارة عن أعراض

لمضاعفات قد نتجت من اضطراب أجهزة الاعصاب. ويتسبب في مثل هذه الاضطرابات الأورام والتهابات الدماغ وأمراض مجاري الدم أو الأمراض التي تسبب مراكز المخ المهيمنة على أجهزة النطق والحركة.

ويتخذ اعوجاج النطق في تلك الحالات مظاهر عدة منها:

١ - عيوب إبدالية (Substitution) وهي عبارة عن إبدال حرف بآخر كإبدال حرف الراء لاماً والصاد سيناً وهذا النوع من الأخطاء يشيع بين الأطفال الصغار.

٢ - عيوب تحريفية (Distortion) وتحدث نتيجة لتعلم لغة أجنبية في سن مبكرة أو نتيجة طغيان لهجة من اللهجات على الأخرى وذلك مثل ما يتعرض له شخص ريفي إذا ما حضر إلى القاهرة أو الاسكندرية.

٣ - عيوب خاصة بالحذف (Omission) ولا سيا في نهاية الكلمات.

٤ - عيوب خاصة بتحركات اللسان في أوضاع غير صحيحة يترتب عليها تخلخل في نطق الحروف. ومن أمثلة ذلك إخراج الطفل لسانه خارج أسنانه فيقلب بذلك حرف السين (تاء).

٥ - عيوب تتصل بالضغط (Pressure). إن بعض الحروف الهجائية كاللام والراء مثلا تحتاج إلى درجة معينة من الضغط يقوم بها اللسان على أعلى سقف الحلق. فإذا لم تتوفر هذه الصفة، كان نطق الحرف غريباً وغير مألوف. ويمكن علاج المصاب بعسر الكلام وإن كان ذلك يستغرق وقتاً طويلاً، ويتضمن العلاج ما يأتي[1] :-

(أ) تمرينات في الاسترخاء البدني، تساعد المصاب على أن يتحكم في حالته الانفعالية نتيجة لهدوء أعصابه.

(ب) تمرينات رياضية تتصل بتقوية عضلات الصدر والحلق والفم والوجه والفك واللسان والشفاه والرقبة والمعدة.

(ح) يلي ذلك تمرينات تتصل بمخارج الحروف على مستوياتها المختلفة ويحسن أن نمهد لهذه التمرينات الكلامية بتدريب أعضاء الجهاز الكلامي كاللسان والشفاه. ومثل هذه التمرينات تكسب تلك الأعضاء مرونة في حركاتها المختلفة.

---

(١) كتاب الدكتور مصطفى فهمي عن «أمراض الكلام» ص ٢١١.

(د) تمرينات خاصة بالتنفس تشمل عملية الشهيق من الأنف مع قفل الفم وثبات الأكتاف، يتبع ذلك زفير من الفم، على أن يكون ذلك ببطء وبصوت مسموع.

(ثانياً) إصابات المخ: إصابات المخ وينتج عنها اضطراب الكلام بحيث يندفع كالقنبلة (explosive Speech) أو يكون الكلام ذا لكنة ويشبه كلام السكير (Scanning)، أو قد يضطرب الحديث فيضغط الشخص على المقاطع بدون أي داع (Staccato) وعادة يحدث كذلك تداخل كبير بين الحروف الساكنة والمتحركة، وفي الغالب يستطيع من لديهم هذا النوع من الإصابات أن ينطقوا الكلمات الفردية، إلا أنهم يجدون صعوبة كبيرة في إخراج ونطق الكلام الطويل، ويكون ذلك مصحوباً بتقلص مبالغ فيه في عضلات الوجه.

(ثالثاً) الإصابات في النخاع المستطيل: إن الأعصاب المتصلة بالنخاع تتحكم في توجيه الأعصاب المستعملة في الكلام مثل الأعصاب الخاصة بحركة اللسان والشفتين ومن الثابت أن أي إصابات في هذه الأعصاب ينتج عنها صعوبة في إخراج الكلام وكذلك عدم وضوحه. فإذا كانت الإصابات خطيرة فإن الكلام ربما لا يكون مفهوماً.

(ثانياً) اضطرابات الصوت

العوامل اللازمة لإخراج الصوت: يلزم لإخراج الصوت العوامل الآتية:-

١ - عضو الاهتزاز.

٢ - مصدر قوة يحرك عضو الاهتزاز.

٣ - وسيلة للإرسال تصل إلى جهاز الاستقبال.

٤ - مقياس لرنة الصوت كي يعضد الصوت الأصلي. ويصدر الصوت خلال حركة الزفير، أي طرد النفس من الرئتين (وهذا هو مصدر القوة) ومروره تحت الضغط داخل القصبة الهوائية إلى الحنجرة، وعندما يصل إلى الحنجرة يدفع خلال الفتحات الضيقة الموجودة بين الحبال الصوتية أو شفتي الصوت (الهزاز) وعندئذ ينتج الصوت، ويساعد على إخراج الصوت، الحنجرة والفم والأنف والبلعوم وكلها ضرورية لذلك.

ويرجع أي اضطراب في الصوت إلى وجود خلل في طريقة دفع النفس أو في الهزاز نفسه أو للإخفاق في تكوين نغمة الصوت العادية.

مميزات الصوت العادي للكلام:

يجب أن يكون الصوت العادي مرتفعاً بدرجة كافية حسب المواقف المختلفة . ويجب أن يكون ذا عمق يتناسب مع سن وجنس المتكلم . كما يجب أن يكون واضحاً ومتغيراً من حيث ضخامته وعمقه وتلحينه حتى يسهل سماعه وبناء على ذلك فإن أي انحرافات عن هذه المميزات تعتبر عيباً ونقصاً في الكلام .

أنواع اضطرابات الصوت : (Dysphonias) .

١ – الارتفاع غير الكافي : يعتبر الصوت غير مرتفع بدرجة كافية إذا لم يفهم بسهولة في المحادثات العادية . ويوصف حينئذ بأنه رفيع أو ضعيف .

٢ – انعدام التناسق : إن الأصوات المرتفعة جداً أو المنخفضة جداً بالنسبة لعمر وجنس المتكلم ، تعتبر غير متناسقة . والصوت المرتفع هو الأكثر شيوعاً . ويعبر عنه بالصوت الحاد أو مضاعف الارتفاع .

٣ – عدم وضوح اللحن : وهذا النوع لا يستساغ سماعه وذلك لعدم وضوح ألحانه . ويعبر عنه بالصوت الأجش المبحوح .

٤ – انعدام التباين والاختلاف : إذ ينبغي حدوث اختلاف تباين في عمق الصوت وارتفاعه . كما يجب أن يكون متفقاً ومتناسقاً مع ما يتضمنه الكلام من معان فكرية وعاطفية . فإذا لم يتوفر في الكلام تلك الاعتبارات ، اعتبر مملا وداعياً للسأم .

٥ – التلحين غير المتناسق : وذلك باستخدام الأنف أكثر مما ينبغي أو بعدم استخدامها بالدرجة الكافية . ويعبر عن ذلك بتلحين الكلام غير المتناسق .

والصوت الرديء يكون متصفاً بإحدى العيوب السابقة . وغالباً ما يكون متصفاً بأكثر من واحد منها . وأسباب هذه الحالة تكون في العادة عضوية . ويمكن أن يكون سببها وظيفيًا . على أننا سنتعرض فيما يلي للأسباب العضوية لاضطرابات الصوت .

الأسباب العضوية لاضطرابات الصوت :

١ – عيوب في طبيعة الحبال الصوتية التي يجب أن يتوافر فيها ما يلي :

(أ) يجب أن تكون أطراف الاهتزاز الداخلية متوازية بعضها مع بعض .

(ب) يجب أن تكون الفتحات بين الحبال الصوتية أو فتحة المزمار – (Glotis) ضيقة حتى لا تسمح بهروب النفس إلا تحت الضغط ، ولكن لا يصح أن تكون هذه

الفتحات ضيقة جداً بحيث تعرقل الحركة السهلة لأطراف الاهتزاز للحبال الصوتية حينما يدفعها تيار النفس الآتي من الرئتين. وإن أي خلل يطرأ على حركة أطراف الاهتزاز للحبال الصوتية يمنع توافقها أو توازيها لا بد أن يسبب عيباً في الكلام. وهذا الخلل يشمل ارتخاءها مما يقلل من الفتحة التي يمر النفس خلالها وكذلك تضخمها، مما يعرقل حركة الاهتزاز.

أما أسباب هذه العيوب، فهي إما أن تكون وراثية أو مكتسبة، أو أن تكون باثولوجية، وتشمل العيوب الأخيرة أمراض الشلل والزهري والسل والأورام وكذلك الإصابات. وهذه الأخيرة قاصرة على الأطفال إذ انهم يستنشقون الأشياء التي لا يستطيعون بلعها، وبذا يكون لديهم مواد غريبة في حنجرتهم، وينتج عن ذلك مضايقة هذه المواد للحبال الصوتية، كما أن السعال الشديد ربما يسبب جروحاً ينتج عنها حصول عيب في الكلام.

٢ - عدم كفاية النفس: ويجب توفر كمية النفس لكي يدفع الحبال الصوتية إلى الاهتزاز. وإن أي إخفاق في توافر كمية النفس اللازمة لذلك، يقلل من الضغط المطلوب لاهتزاز الحبال الصوتية التي تولد الصوت. وترجع أسباب عدم كفاية كمية النفس إلى أمراض الصدر ومنها السل الذي يعطل إحدى الرئتين أو جزءاً منها. وكذلك ترجع إلى قلة نشاط أعصاب الحجاب الحاجز نتيجة لحصول شلل فيه، فضلا عن المضاعفات الصدرية مثل تضخم القلب الذي يمنع تمدد الرئة بالقدر الكافي. ويلاحظ أن أصوات المرضى المصابين بالعوارض السابقة تكون ضعيفة ورفيعة لا تكفي حتى لاحتياجات الحديث العادي.

٣ - عدم القدرة على التحكم في أجهزة إخراج الصوت: وذلك عندما تكون أجهزة إخراج الصوت غير مرتبطة بعضها ببعض ولا تستطيع أداء وظيفتها كما ينبغي لوجود اضطرابات في الأعصاب الخاصة بها، نورد بعضاً منها فيما يلي:

(أ) تصلب أجهزة الصوت وشللها نتيجة لاضطرابات في أعصاب الحركة المركزية، وينتج عن ذلك اقتراب الحبال الصوتية من بعضها بشكل لا يسمح للنفس أن يولد الاهتزاز المطلوب لحصول الكلام عند مروره بينها، والنتيجة النهائية هي انعدام الصوت كلية (Aphonia) ومن ناحية أخرى، فإن حدوث اضطرابات في أعصاب الحركة يؤدي إلى منع توافق الحبال الصوتية واقترابها بعضها من بعض بدرجة كافية

لحصول الاهتزازات . وتكون النتيجة هي انعدام الصوت أو خشونته أو بحته ، أو انخفاضه لدرجة يتعذر معها سماعه .

(ب) اهتزاز الصوت (Choreatic) ويتميز الصوت بالاضطرابات وعدم التناسق نتيجة لاضطراب حركة التنفس للمريض ، حيث يلهث بسرعة ويحدث ارتفاع مفاجئ في عمق صوته . وهذه هي الأعراض التي تنبئ عن حصول تصلب في الأعصاب يؤثر بدوره على أعصاب التنفس . وحينما تصل هذه الاضطرابات إلى مقدمة الحنك ، يستعمل الأنف على فترات منقطعة خلال الكلام . وكل هذه الاضطرابات تولد تغييرات مفاجئة في علو الصوت أو في عمقه وضخامته .

(ج) التهابات المخ : وينتج عنها صوت ينبئ عن انعدام التوافق بين الأعصاب . ففي الكلام العادي ، يستخدم التنفس للمساعد في إخراج الكلام ، ولا يكون ذلك ممكناً إلا إذا استطاع الشخص أن يوفق بين حركات أعصابه حسب الاحتياجات الوظيفية اللازمة . والشخص الذي لديه التهابات مخية يكون عاجزاً عن تحقيق هذا التوافق بين حركات أعصابه ، ومن ثم تكون عملية التنفس هي الرئيسية والمسيطرة بالنسبة للكلام لا المساعدة على إخراجه ، وبالتالي لا يتسنى النطق بوضوح وسهولة ، ويكون الصوت أنفياً ناخعاً ومرتجاً . ويتميز هذا الصوت بتغير مدى عمقه ، فحينما يبدأ الشخص في الكلام يكون صوته عادياً ، إلا أنه يضعف بعد ذلك وينخفض خلال استمراره في الكلام لتلاشي كمية النفس وتضاؤلها .

(د) قلاقل الشلل الناشئة عن الاضطرابات في مجموعة المراكز العصبية في داخل المخ والتي تسمى (الجسم المخطط) (Corpus striatum) ربما تتسبب في تصلب الحبال الصوتية ويكون الصوت عالياً أجش ومملا .

(ه) اضطرابات الغدد : وهي تؤثر على الصوت نتيجة لتأثيرها على الأعصاب .

٤ — عدم القدرة على تلحين الصوت : إن كلا من الفم والأنف والحنجرة والبلعوم هي التي تقوم بخلق نغمات الصوت ، فمدى ارتفاع الصوت وكيفيته ينتجان تبعاً لحجم التجويف ولطبيعة جدرانه . على أن الأنف والحنجرة لا يتغير حجمها ولا شكلها بسهولة . أما حجم البلعوم فإنه قابل لتغير كبير نتيجة لمفعول اللسان والحنك ، وكذلك بسبب ما يطرأ من تغيرات على الأعصاب التي تكون بجدرانه . أما من ناحية الفم ، فإنه قابل لأكبر قدر من التغيرات التي تطرأ على نغمات الصوت وتلحينه بسبب مفعول الشفتين واللسان والحنك والفك الأسفل .

وتنتج عيوب تلحين الصوت وتنغيمه من الاضطرابات في النمو الجسماني أو في اضطرابات تأدية الوظيفة الخاصة بالتجويفات العادية. ومن بين اضطرابات النمو الجسماني النمو العادي للتجاويف الذي يحصل في اللوزتين والجيوب الأنفية وغيرها من الزوائد التي تعوق التجاويف عن تغيير شكلها حسب ظروف الحال لإخراج اللحن والنغم الصوتي المطلوب.

وتأثير هذه الزوائد عموماً هو أنها تقلل من فتحات التجاويف أو تغلقها كلية، ويحصل ذلك في الأنف أو الحنجرة مثلا، ومن ثم لا تستطيع التجاويف المذكورة تحسين الصوت وتشكيل ألحانه وأنغامه، وبناء على ذلك فإن صوت الشخص الذي لديه جيوب أنفية يكون مملا وعلى وتيرة واحدة ينقصه اللحن والنغم فضلا عن انعدام النطق الصحيح للحروف الساكنة.

وانحرافات عظمة الأنف أيضاً تسبب اضطراباً في تلحين الكلام وتنغيمه ويكون ذلك مشابهاً لما يحصل في حالة وجود الزوائد، وتتضاعف آثار انحرافات عظمة الأنف عند الإصابة بالبرد أو الزكام.

وهناك عوامل أخرى تسبب في استعمال الأنف عند الكلام أو عدم استعمالها كلية فيصبح تلحين الكلام ونغماته غير مضبوطين كالمألوف، ومنها الالتهابات التي تحصل للأعضاء المحيطة بالأنف والحلق، وكذلك حصول أورام في الحنجرة أو البلعوم وأيضاً حصول التشققات في الشفة العليا. كل هذه الأسباب تؤثر على طريقة الكلام وتتسبب إما في استعمال الأنف خلال الكلام أكثر مما ينبغي، أو عدم استعماله كلية، وفي كلا الحالتين يتأثر تلحين الكلام ونغمه. كما أن من هذه العوامل حالات إعجاب الطفل الشديد – بأحد أفراد بيئته – إلى حد التقمص، فيقلده في كل شيء حتى في طريقة النطق والكلام وقد تكون معيبة أو غير عادية.

ثالثاً – احتباس الكلام

ال (ديسفاسيا) : (Dysphasia)

«احتباس الكلام» أو الديسفاسيا حالة يصعب فيها على المريض تفهم أو استعمال اللغة المكتوبة أو المنطوقة وهي ليست بمرض بالمعنى العادي، لكنها من الأمراض المعقدة ومتعلقة بخلل فسيولوجي في أجهزة المخ، والاضطراب في نطق الكلام ليس الا عارضاً

واحداً من أعراض الديسفاسيا : أما الأعراض الأخرى ، فإنها تشمل التغييرات التي تطر على تصرفات الشخص العاطفية والفكرية وكذلك على التكوين العام لشخصيته . ويجب وضع هذه العوارض كلها موضع الاعتبار لتفهم طبيعة عاهة المصاب بالديسفاسيا .

أسباب المرض :

اعتقد الباحثون الأول أن سبب المرض هو خلل في منطقة منعزلة من المخ . وفي سنة ١٨٦٤ أثبت «بروكا» (Broca) أن الإصابات في القطاع الأيسر للمخ ، تؤثر على قدرة النطق لدى من يستعملون يدهم اليمنى وأن إصابات القطاع الإيمن لم تؤثر عليهم مطلقاً .

وقد أعقب «بروكا» غيره من الباحثين الذين أثبتوا أن الإصابات في القطاعات المنعزلة من المخ ، تنتج مختلف الاضطرابات الخاصة بالديسفاسيا ، إلا أن الباحثين الذين تلوهم خالفوا هذه النظرية بالرغم من أنهم قرروا أن قطاع المخ المضاد لليد المسيطرة ، هو الذي يتحكم في توجيه الكلام . أما «هيد» فإنه يعتقد أن القدرة على الكلام نتيجة فسيولوجية لنشاط أجزاء خاصة من المخ ، فإذا ما طرأ عليها خلل من أي نوع ، تكون النتيجة اضطراباً في القدرة على الكلام بوجه عام . وتختلف أسباب الاضطرابات في قطاعات المخ التي ينتج عنها الديسفاسيا فهي تشمل الأورام «والتروما» أي الجروح وانسداد الأوردة والنزيف أو انسداد الأوعية الدموية المؤدية إلى المخ . ويرتبط بالديسفاسيا أمراض المخ التي تؤدي إلى ركوده مثل التصلبات المضاعفة لدى الكبار ، وكذلك مرض الصرع وغيره من الأمراض العصبية .

شخصية المصاب بالديسفاسيا :

عند دراسة المصاب بالديسفاسيا يجب التذكر أن الاضطراب في كلامه ليس نتيجة للاضطرابات العصبية فقط ، فالواقع أن كلامه المضطرب هو انعكاس لشخصية جديدة ظهرت نتيجة للظروف والحوادث التي مرت بالمريض قبل حدوث المرض فضلا عن أنها أيضاً نتيجة لأسباب المرض نفسها ، وتبدو هذه الاضطرابات بوضوح في محيط المعنويات ، ويلاحظ نقص كبير عند التعبير عن الأشياء المعنوية أو عن العموميات أو عند وضع فكرة نظامية ، ويتجه المصابون بهذا المرض نحو عالم خاص بهم ، عالم مجسم ومحدود ، لا عالم معنوي ، فضلا عن أنهم مصابون باضطرابات عاطفية وغالباً ما يتهيجون ويثارون بسرعة ، وفي الحالة الأخيرة فإن المرض لا يعوقهم عن الكلام رغم أن الكلام ما يزال غير واضح

وغير مفهوم. وعلى العموم توحي كل الظواهر أن تفكير المريض وكلامه وتصرفاته الظاهرة هي انعكاس لشخصية جديدة مختلفة عن شخصيته قبل أن يصاب بالمرض. وأن هذه الشخصية الجديدة مرتبطة ومتصلة بأسباب المرض.

التحصيل اللغوي لمرض الديسفاسيا :

إن هذا المرض يعني اضطراباً في الرمز عند تكوين ونطق الكلام، ومن ثم فإن المريض يصبح غير قادر على أن يتحدث أو يفهم بسرعة اللغة الكلامية المنطوقة أو المكتوبة بسبب وجود اضطرابات في الأجهزة الخاصة بها. وعليه يوجد لدى المرضى بالديسفاسيا عائق كبير في استعمالاتهم للغة بما في ذلك القراءة والكتابة والكلام وتفهم اللغة. ويصعب تقدير مدى خطورة هذا العائق إلا إذا توصل الأخصائي المعالج لمعرفة كفاءة المريض الكلامية قبل حدوث المرض له. فمثلا من كان لديه محصول لغوي كبير يسمح له باستعمال مترادفات الألفاظ للتعبير عن فكرة أو معنى واحد، ثم أصابه المرض قد لا يعتبر أن عائقاً قد اعتراه حيث إنه ما زال قادراً أن يعبر بوضوح عن أفكاره، والعكس صحيح فيا يختص بشخص كان لديه محصول لغوي ضئيل كان بالقدر الكافي ليعبر عن أفكاره ثم اعتراه المرض، فإن العائق اللغوي في هذه الحالة يكون جلياً وواضحاً. وفي حالة الإصابة بالمرض في دور الطفولة يكون من المستحيل تقدير مدى خطورة العائق اللغوي لانعدام أساس المقارنة، وكل ما يمكن عمله في هذه الحالة الفحص العقلي لتبين مدى احتمال التقدم اللغوي وتكون النتيجة مع ذلك تقديرية جداً، حيث إن معظم الاختبارات العقلية تعتمد أساساً على اللغة التي طرأ عليها اضطراب كبير في حالة المصاب بالديسفاسيا.

وطبيعة الاضطرابات التي تطرأ على المصابين بالديسفاسيا لا تتوقف فقط على مكان إصابة المخ أو مدى الإصابة أو خطورتها بل إنها تتوقف أيضاً على تجارب المريض وعاداته وذكائه وثقافته التي تبدو من معنى كلامه وطبيعته، غير أن مميزات الكلام تختلف من شخص لآخر، ولذلك توجد أنواع كثيرة للظواهر التي يعكسها المرض، وعليه فإنه من الصعب تقسيمها إلى أنواع واضحة ومحددة. على أن استعمال اللغة نفسها يوضح مدى العائق أكثر من غيره من العوامل، ومن ثم فقد قسم[1] (Weisenberg & McBride) مرض الديسفاسيا إلى أنواع رئيسية أربعة :

---

(1) Weisenberg, T., & K.E. McBride.: Aphasia (Commonwealth Fund. N.Y. 1935).

النوع الذي يصعب معه التعبير :

ويصعب فيه على المريض أن يعبر عن أفكاره كلاماً أو كتابة فضلا عن وجود أخطاء في النطق وفي تكوين الجمل أو تشكيلها ، ويغلب التعثر والتلك عند الكلام ، مما ينتج عنه الخطأ في استعمال الكلمات وفي إعرابها . وينطبق ذلك على نطق الأسماء والأشياء .

عدم القدرة على تفهم الكلام المسموع أو قراءة رموزه المكتوبة :

في هذا النوع من المرض يصعب على المريض فهم الكلام الذي يلقى على مسامعه ، كما يصعب عليه قراءة رموزه المكتوبة ، ومدى صعوبة تفهم الكلام المسموع أو المكتوب تختلف من مريض لآخر فقد تكون الصعوبة خفيفة لدى أحد المرضى وذلك عند تفهم الكلام المسموع وعند مريض آخر تكون النسبة في تفهم الكلام المسموع مساوية للصعوبة التي يجدها في قراءة المكتوب وبالرغم من أن العوائق الموجودة لدى المريض بهذا النوع من الديسفاسيا قد تعوق نطقه وتعبيره لكن ذلك لا يعني أنه سيسرع في كلامه أو يتعثر في نطقه بنفس النسبة التي تعتري النوع الأول ، أي الذين يصعب عليهم التعبير . على أن أخطر عيوب التعبير الملاحظة على المصابين بعدم القدرة على تفهم الكلام المسموع أو قراءة رموزه المكتوبة هي تلعثمهم عند النطق وأخطاؤهم الخاصة بالإعراب والقواعد اللغوية . ويحتمل أن يخطئوا في ترتيب نطقهم أو كتابتهم للكلمات .

عدم القدرة على التعبير وعلى تفهم الكلام المسموع :

وهذا هو أخطر الأنواع الأربعة حيث يصعب التعبير اللغوي وكذلك تفهم الكلام الذي يقوله شخص آخر . وهذا النوع عند علاجه قد ينقلب إلى القدرة على التعبير دون تفهم الكلام أو إلى تفهم الكلام المسموع دون القدرة على التعبير . على أن هناك حالات تظل الناحيتان فيهما بدون تحسن يذكر ، ويصعب عندها تقرير أي الناحيتين قابلة للتحسن وللعلاج . على أن من خصائص هذا النوع العائق الخاص بفقر المحصول اللغوي لدى المريض فيحتمل أن يقتصر التعبير الكلامي على بضع كلمات يقوم المريض بنطقها بصعوبة وبطريقة خاطئة ، على أنه عند الاستثارة العاطفية يمكن للمريض النطق بشيء من الطلاقة والسهولة كأن يسب شخصاً ما أو يطلب من آخر أن يبعد عنه ويكف عن معاكسته . ونوع آخر من الكلام يسهل على المريض من هذا النوع نطقه هو ما تعود عليه وعلى نطقه بطريقة آلية مثل قراءة الأعداد بصوت مسموع أو الحروف الأبجدية .

نسيان أو عدم تذكر بعض الألفاظ :

والصعوبة الكبرى التي يلاقيها المرضى بهذا النوع من الديسفاسيا هي عدم قدرتهم على تذكر أسماء الأشياء أو المواقف أو الصفات أو العلاقات.. إلخ. على أن المريض في هذه الحالة يستعين بسهولة ببعض الألفاظ والتعبيرات الشائعة والعامية كما يمكنه أن يلقي الكلام العاطفي منمقاً وبسهولة. ومعنى هذا أن الكلام الذي يصعب نطقه، محدد المعنى والمبنى لمناسبة أو مناسبات معينة. أما غير ذلك من الكلام فلا يطرأ عليه خلل أو اضطراب. ويلاحظ أن الكلام المنطوق يخرج سليماً وخالياً من الأخطاء اللغوية أو قواعدها ولا يظهر فيه أثر للتلعثم، كما أن النطق يكون جيداً بالمقارنة إلى الأنواع الأخرى.

والمرضى من هذا النوع يتفوقون على المصابين بعدم القدرة على تفهم الكلام المسموع حيث ان النوع الأول يستطيع أن يتبين اللفظ الصحيح عند سماعه من شخص آخر أو عندما ينطقه هو بنفسه أي أن مرضى هذا النوع يستطيعون فهم الكلام المسموع والمكتوب بسهولة وبشكل مرضٍ، ومع ذلك فإن بعض المرضى ممن أصيبوا بنسيان بعض الألفاظ، يجدون صعوبة في تكرار نطق بعض الكلمات التي يسمعونها ويفهمونها أو في كتابة رموز بعض الكلمات التي يستطيعون قراءتها.

رابعاً—التمتمة

الأعراض الظاهرة لها :

التمتمة بمعناها العام عبارة عن تعبير صوتي غير منتظم (Arhythmic) وأعراضه الشائعة تشمل انعدام القدرة على نطق بعض الحروف أو تكرارها سواء كان ذلك بشكل ارادي أو لا إرادي. ويبدو على التمتام أن لسانه قد انعقد عن الكلام، فيجد صعوبة في نطق بعض الحروف مثل ب، د، ت، وأحياناً ينعقد اللسان عند نطق بعض أو كل أصوات الكلام. ومع ذلك يستطيع معظم التمتامين أن ينتجوا واحداً أو أكثر من أنواع الأصوات أو ازدواجاتها بدون أن يظهر عليهم أي أثر لصعوبة إخراجها. وغالباً ما يصحب هذا الثقل في النطق بعض التشنج العصبي في الأعصاب الخاصة بالنطق، ونادراً ما يشمل هذا التشنج أعصاباً غيرمتعلقة بالكلام، إلا أنها أصبحت كذلك بحكم العادة، مثل تحركات الأطراف أو الرأس أو الجسم عموماً وزيادة على الأعراض السابقة

فإن التمتامين لديهم ظاهرة فسيولوجية جديرة بالاهتمام حيث انهم يشذون عن المعتاد في تنفسهم عند الكلام. ففي الكلام العادي تكون نسبة الشهيق إلى الزفير ١ : ٥، أما النسبة عند من يتمتم فهي حوالى ١ : ٢ والكلام العادي يحصل عند عمل الزفير. أما عند معظم التمتامين فقد اتضح أنهم ينتهون من الزفير اولا ثم يحاولون الكلام خلال الشهيق. ومن ثم فإن كمية كبيرة من الجهود تبذل قبل بدء الكلام وعليه يحصل النطق قسراً بعد فترة قصيرة.

التكوين الكيمبائي لدم التمتامين:

ظهرت حقائق جديرة بالاهتمام من الدراسات الخاصة بقلب ونبض التمتام. فكان معدل النبض عند من يتمتم يرتفع إلى ١٢٩ نبضة في الدقيقة بينما المعدل العادي هو ٧٢ نبضة في الدقيقة فقط، وكانت نسبة الفوسفات غير العضوي السكر زائدة في دمه أيضاً عن المعتاد. أما البوتاس والبروتينات فكانت نسبتها أقل من المعتاد. كذلك الكالسيوم كان زائداً في مجموعه[1].

والظاهرة الكيماوية الهامة في دم التمتام لم تكن خاصة بكمية الوحدات الموجودة به. بل كانت خاصة بنسبة كل مجموعة من هذه الجزئيات إلى غيرها. فمثلا، في كمية من دم شخص عادي تقل نسبة الفوسفات غير العضوي كلما زادت كمية الكالسيوم فيه. أما في حالة الشخص الذي يتمتم فقد اتضح أن نسبة الفوسفات غير العضوي تزيد كلما زادت كمية الكالسيوم. كما قرر وست و «كنيدي»[2] و «كار» «يبدو من هذه النتائج أنه هناك عوامل خاصة في دم من يتمتم تجعله مختلفاً عن دم السليم، أن التكوين الفسيولوجي لهؤلاء المرضى-إن أمكن وصفهم كذلك-مختلف عن المتكلمين العاديين».

حركات العضلات عند التمتامين:

اتضح من مختلف الدراسات أن التمتامين أبطأ حركة وأقل قدرة على تكرار بعض الحركات. وقد كانت الدراسات المذكورة تدور حول ملاحظة القدرة في التحكم وضبط حركات عضلات الحاجب والفك. وكانت النتائج أن التمتامين عموماً أضعف من

(١) Kopp, G.A., "Metabolic Studies of Stutterers," Speech Monogs, (1934), 117-132.

(٢) West, R., L. Kennedy, & A. Carr.: The Rehabilitation of Speech. (Harper, N.Y., 1937.

الأشخاص العاديين في قدرتهم على التحكم في الحركات الإرادية لأعصاب الحاجب أو اللسان أو الفك أو الشفة حتى ولو تكن هذه العضلات مستعملة في الكلام.

قدرة التمتامين على الحركة :

ظهر من مختلف الأبحاث التي أجريت في إنجلترا وأمريكا أن التمتامين أضعف من العاديين في قدرتهم على الحركة التي تشمل العدو والقفز والتوازن والصعود. وهذا هو المتوقع على هدى التجارب المختلفة التي أجريت على حركة التمتامين ودراسة حالتهم العصبية.

المميزات النفسية للمتمتمين :

عند الكلام على شخصية من لديهم عيب في الكلام ذكرنا عدة خصال سلبية تميز التمتامين الكبار عن أمثالهم من الصغار. ومن هذه الخصال التلهف الزائد، الحساسية والحسرة المبالغ فيها، الخوف، الانقباض. ولكن هذه الدراسة لم توضح إذا كانت هذه الخصال سبباً في التمتمة أو نتيجة لها. كلنا يعلم أن الأشخاص العاديين يتمتمون نادراً حينما يكونون خائفين أو انتابتهم حسرة أو ألم، كما أن التمتمة وما يصحبها من عوامل منظورة ومسموعة، ربما تؤدي بالشخص إلى أن يكون متلهفاً، وغير متأكد من نفسه في المواقف المتعلقة بحياته الاجتماعية والدراسية أو المهنية. ومن الطبيعي أن تكون هذه الحالة أكثر شيوعاً بين الكبار منها بين الصغار حيث ان الصغار لا يقدرون أثر كلامهم في الأشخاص الآخرين المحيطين بهم. ولا شك في أن جزءاً من عدم تكيف التمتامين مع بيئتهم يرجع إلى شعورهم بمشكلتهم.

والسن التي غالباً ما تحصل فيها التمتمة في الكلام هي سن الحادية عشرة، على أن بعض الأطفال يبدءون التمتمة في سن الخامسة أو السادسة وبعضهم الآخر لا تظهر عليهم أعراضها إلا عند بلوغ سن المراهقة. وعلى وجه العموم فإن عدد الطلبة الذين يتمتمون يقل كلما تقدموا في دراساتهم، هذا إلى جانب أن التمتمة غير مقصورة على سن الطفولة، فغالباً ما تحصل قبل انتهاء سن المراهقة. أما من ناحية الذكاء، فقد لوحظ أن التمتامين ذوو ذكاء عادي بل إنهم يفوقون غيرهم ممن لديهم عيوب أخرى في الكلام.

أنواع التمتمة :

ذكر «فروسشلز»[1] نوعين أو مرحلتين مميزتين لحصول التمتمة، تتميز المرحلة الأولى

(١) Froeschels, E.: Psychological Elements in Speech. (Expression Co., Boston, 1932), 132-7.

منها بتكرار الصوت ، وهذا النوع يحصل للأطفال في المرحلة الأولى من تعلمهم الكلام ، ويحدث كذلك للكبار عند الألم أو عندما يعجزون عن تذكر الكلام الصحيح ، ولكن يلاحظ أن تكرار صوت الكلام لا يكون مصحوباً بأي تشنجات عصبية أو أي معرفة أو دراية شخصية عن حالة الكلام نفسه ، وهذا يعرف «بالتمتمة البدائية» ، ويمكن اعتبارها مرحلة طبيعية من مراحل تطور الكلام . أما في المرحلة الثانية للتمتمة ، فيحصل التشنج في بعض العضلات وتكون هذه هي ظاهرته الكبرى ، ويحصل ذلك على شكل تصلب في العضلات يكون أولا قاصراً على العضو الخاص بالنطق ثم يمتد إلى مجموعات العضلات الأخرى ويصحب محاولات الكلام . وفي هذه المرحلة يدرك الشخص طبيعة كلامه نتيجة لأثره على السامعين ، وتعرف هذه المرحلة الثانية «بالتمتمة المتطورة» وذلك مما يزيد في اضطراب كلام صاحبها ويولد لديه الحسرة والألم واللهفة الاجتماعية وقد ينتج عن كل هذا حالة عصاب (Psychoneurosis) .

والتمتمة هي انعكاس للحرص والاستمرار : يعتبر «إيسنسون»[1] التمتمة أنها انعكاس لنوع خاص من الشخصية التي تبدو التمتمة بالنسبة لها عادية تحت ظروف خاصة . والحرص والاستمرار ، هما ظاهرة التجارب مع مختلف الدوافع والظروف حينما يكون السبب الجسماني لمثل هذا التجاوب غير موجود . وبعبارة أخرى هما ظاهرة استمرار وجود الأسباب الأصلية لهذا التجاوب بشكل مستقل ، وبناء على ذلك تحدث مقاومة لأي تغيير ومقاومة لحصول أي تجاوب لأي دافع أو عوامل جديدة . ومن التجارب التي أجراها «ايسنسون» اتضح أن التمتامين كمجموعة يتأثرون بالعوامل التي كانت موجودة في وقت ما ، ولكنها غير موجودة عند حصول التجاوب ، وذلك بدرجة أكبر من الأشخاص الذين يتكلمون بشكل عادي ، فإخراج أصوات الكلام هو نتيجة لتحريك مجموعة من الأعصاب ، لكن حينما تستمر الحركة بطريقة استقلالية منفصلة ، تكون النتيجة هي تكرار الصوت الأصلي ، فإذا ما كان ذلك عند الشهيق فإنه يحصل انعقاد في نطق أصوات أخرى .

العلاقة بين اضطراب الكلام وعوامل أخرى

الذكاء واضطراب الكلام :

بالرغم من احتمال اضطرابات الكلام عند الناس ذوي مستويات الذكاء المختلفة ،

(١) Eisenson, J.: The Psychology of Speech. (Crofts, N.Y., 1938), 168-72.

إلا أن الظاهرة الأكثر حدوثاً هي وجود اضطرابات الكلام عند من لديهم اضطراب عقلي. وقد أكد «كارل» هذه النتيجة بعد بحث ١١٧٤ حالة من أطفال المدارس، كما أثبت «كينيدي» في بحث آخر صحة هذه النظرية. واتضح ذلك أيضاً من بحث قام به «والين» على ٢٧٧٤ حالة من تلاميذ المدارس الأولية والثانوية، وفي المستوى الدراسي العالي، قام «ترافيس» «ودافيز»[١] ببحث أظهر أن بين ٥٤٦ طالباً من المبتدئين في الدراسة الجامعية، كان مستوى الذكاء، بين الطلبة الذين يتمتعون بالقدرة على الكلام بشكل طبيعي، أعلى من هؤلاء الذين لديهم خلل في كلامهم.

أما «ستنكفيلد»[٢] فقد أظهر من دراسة الجامعيين المبتدئين أنه لم يكن هناك أي فرق في مستوى الذكاء بين الطلبة، الذين يتمتمون والطلبة العاديين.

نستنتج من هذا، أن انخفاض مستوى الذكاء بين من لديهم اضطراب في كلامهم، لا ينطبق على من يتمتمون. ولقد بينت مختلف الدراسات أن مستوى هذه الطائفة عادي إن لم يكن يفوقه. وأكدت هذه النظرية الأبحاث التي قام بها «ماكدويل»[٣] (McDowell) باستعمال مقياس الذكاء الخاص بينيه وسيمون، وكذلك بحث «وست» «وتريفيس» و «كامب»[٤] الذي أجروه على ٤٠٥٩ من التمتامين–ويبدو أن ذكاء التمتامين في المستوى الجامعي أعلى منه في غيرهم وقد كان مستوى الذكاء الخاص ب ٨٧ منهم ١١٦,٥ وذلك حسب البحث الذي قام به «ستير»[٥] وكذلك في بحث آخر قام به «جونسون»[٦] كان مستوى ذكائهم بين ١٠٥–١٣٦، ومن ثم يمكن القول انه بالرغم من أن مستوى ذكاء من لديهم خلل في كلامهم أقل من غيرهم إلا أن مستوى الذكاء بين التمتامين يعادل إن لم يزد على مستوى ذكاء العاديين.

ورغم شيوع اضطرابات الكلام بين ضعاف العقول إلا أن ضعف العقل لا يكون عادة سبباً مباشراً لحصول الكلام المعيب. حقيقة أن النتيجة المباشرة لضعف العقل هي

---

(١) Travis, L.E. & M.G. Davis: The Relation Between Faulty Speech & Lack of Certain Musical Talents." Psy. Monogs. XXXVI, 168 (1926), 71-81.

(٢) Stinchfield, S.: Speech Pathology (Expression Co., Boston, 1938).

(٣) McDowell, E.D.: Educational and Emotional Adjustments of Stuttering Children T.C. Contribs to Ed., No.314, T.C., Columbia univ., N.Y., 1928.

(٤) White House Conference on Child Health and Protection, Report of the Committee on Special Classes, Special Education (Century, N.Y. 1931).

(٥) Steer, M.D.: The General Intelligence of College Stutterers. Sch. & Soc., XLIV (1936), 862-4.

(٦) Johnson, W.: "Influence of Stuttering on the Attitudes and Adaptations of the Stutterer". J. Soc. Psy., v. (1934), 415-20.

عدم الاستعمال الصحيح للغة، ولكن ذلك لا يعني اضطراب الكلام. إن محصول الألفاظ اللغوية لضعيف العقل قليل، ويرجع ذلك إلى أن لديه مجموعة ضئيلة من الأفكار لدرجة أن المعتوه أو الأبله لا يتكلم مطلقاً بسبب انعدام الأفكار عنده، وبالتالي يتولد لديه شعور بالنقص يبدو منعكساً في اضطراب كلامه عندما ينمو ويستطيع الكلام. وهذه الاضطرابات هي نتيجة مباشرة للبله والعته، زأما أسبابها فنفسية لا عضوية، وإن اضطرابات الكلام العضوية تكون ظاهرة متلازمة مع العته والبله حيث إن الشخص الذي يصاب بخلل قوي في أحد أجهزة جسمه كارتجاج المخ نتيجة لحادث قد يصاب بالعته والبله وكذلك يصاب باضطراب الكلام بشكل متوازي، كما يحصل عندما يصاب شخص في أحد أجزاء مخه ويتسبب له نتيجة لذلك العمى والصمم.

واضطرابات الكلام هو ظاهرة متلازمة مع الأشخاص المصابين بخلل في الغدد الصماء كضمور الغدة الدرقية أو ضعفها لدرجة تؤدي إلى «الكريتنزم» (Cretinism) وهو نوع من الضعف العقلي.

التحصيل الدراسي واضطرابات الكلام:

أثبتت الأبحاث التي قام بها الأخصائيون الاجتماعيون والتربويون وغيرهم أن قدرة الطلبة الذين لديهم اضطراب في الكلام على التفوق الدراسي أقل من قدرة زملائهم العاديين، كما أكدت هذه النتيجة الأبحاث التي قام بها «كاريل» و «روت»[1] اللذان قررا أن الطلبة الذين لديهم اضطراب في الكلام متخلفون عن زملائهم بستة أشهر. وكذلك ظهر في بحث أجراه «ستنكفيلد»[2] أن البنات اللائي يحتجن إلى علاج ومران لتصحيح كلامهن قد أخفقن في واجباتهن الدراسية رغم المستوى العالي من الذكاء.

أما التمتامون، فقد أظهرت الأبحاث أنه لا فروق ملحوظة بينهم وبين زملائهم العاديين في التحصيل، إلا أنه في المستوى الجامعي اتضح وجود نقص في قدرتهم على القراءة.

العلاقة بين السن والكلام:

---

(١) Root, A.R.: "A Survey of Speech Defectives in the Public Elementary Schools". Element, Sch. J., XXVI, 531-41 (1926.

(٢) Stinchfield, Op. cit.

هناك علاقة وثيقة بين عمر الفرد ومستوى تطور كلامه. والمعروف أن أول كلمة يستعملها الطفل تظهر في الشهر التاسع تقريباً، غير أنه قد يحدث أن يتأخر ذلك تبعاً للفروق الفردية بين الأطفال. وتكتمل لدى الطفل في نهاية العام الأول مجموعة من ثلاث أو أربع مفردات ثم يأخذ العدد في الزيادة التدريجية تبعاً لتقدم الزمن فيبلغ حوالى ٢٢ في الشهر الثامن عشر و ٢٧٢ في نهاية العام الثاني، ثم يصل إلى ٨٩٦ في آخر العام الثالث و ١٥٤٠ و ٢٥٦٢ في العامين الرابع والسادس على التوالي[1].

هذا هو المحصول اللغوي للطفل العادي في سني حياته الأولى وهو خاضع دون شك لعوامل كثيرة من أهمها: إمكانيات الطفل العقلية ومدى استجابات حواسه المختلفة لما يدور حوله من منبهات سمعية وبصرية ولمسية مضافاً إلى ذلك المستوى الثقافي للأسرة، وكذلك الطريقة التي يعامل بها الطفل. أهي قائمة على أساس من العنف والحرمان والضغط وعدم إتاحة الفرصة التي تمكنه من اكتساب الخبرات أم قائمة على أساس التفاهم والتسامح والتشجيع؟

وفيما يلي مجموعة من الأمثلة للحالات التي ترددت على العيادة النفسية الملحقة بمعهد التربية للمعلمين[2].

(أ) حالة طفل يبلغ من العمر أربع سنوات وستة شهور ويلاحظ في كلامه إبدال وحذف وقلب للحروف، كما أنه يحذف بعض كلمات كلية أو يستبدل بها كلمات أخرى ليس بينها وبين الواقع أي رابطة.

- رحت جنينة الحيوانات؟
- أيوه
- شفت إيه هناك؟
- إيه فيه بط تيل وزولوم (يقصد-هناك بط كثير والفيل أبو زلومة).

ومن حديث الطفل نفسه.

«هلاص شيلي شنطة» (يقصد-خلاص عاوز أشتري شنطة) و «طوبيهم قطل» (يقصد أن الخادمة أوقعت كتب أبيه على الأرض).

---

(١) من مقال للدكتور مصطفى فهمي عن (تأخر الكلام عند الأطفال) في مجلة علماء النفس مجلد ٨ عدد ٢-١٥٣.
(٢) مقال الدكتور مصطفى فهمي.

(ب) حالة طفل يبلغ من العمر سبع سنوات ، عدد المفردات التي يستعملها ضئيل جداً وكان نطقه كالآتي :

ولد (لود)–سجاير (ظاله) طربوش (بوخ) سبع (سبيه).

(ج) حالة طفل في الخامسة من عمره يرد دائماً على الأسئلة بكلمة واحدة.

– عندك قلم رصاص؟ أبوه

– فين قلمك؟ بابا

– بابا شايل القلم فين؟ جيبه

(د) حالة طفلة في الثانية عشرة يرجع تأخرها إلى ضعف عقلي.

– أنت في مدرسة إيه؟

– تواهيبة (تقصد الطفلة بذلك اسم ناظرة المدرسة وهي الست وهيبة).

– أبوكي بيشتغل إيه؟

– احه (تقصد بذلك أن والدها يشتغل في وزارة الصحة).

(ه) طفل في الثالثة لم يفهم كلامه سوى أمه.

أحمد (اسم أخيه) –....–يالحمة.

سعاد («أخته) –....–آد.

فايزة (« «) –....–بزه.

كاميليا (« «) –....–ملته.

العيوب الجسمانية والكلام :

توجد نسبة كبيرة من الاضطراب في الكلام–كما سبق أن أوضحنا–بين ذوي العيوب الجسمانية وغالباً ما يكون سبب العيب الجسماني هو السبب المباشر في اضطرابات الكلام ، والعيب الجسماني غير العادي مثل انعقاد اللسان أو الشفة المشرومة أو الحنك المشقوق أو غيرها من تشوهات وعيوب الفم ، كلها يحتمل أن تسبب اضطرابات في إخراج الكلام ، وكذلك العيوب في الحنجرة والبلعوم غالباً ما تسبب عيوباً في الصوت كما أن

العمى والصمم والتشنج تكون مسئولة عن عيوب واضطرابات الصوت والنطق ، فضلا عن أن اضطرابات الغدد وخصوصاً الغدد الدرقية والنخامية تسبب أيضاً اضطراباً في الصوت وفي الكلام ، وغالباً ما تكون الاضطرابات العصبية مثل التهاب المخ أو إصابته أو الأورام هي السبب المباشر في اضطرابات الكلام حيث إنها تؤثر على أعضاء النطق والكلام (مثل الحبال الصوتية - اللسان - الشفتين - الحنجرة ... الخ) وكذلك حالات الاضطرابات العصبية العنيفة كحالات الصرع تكون سبباً غير مباشر لاضطرابات الكلام.

كفاءة الحواس واضطرابات الكلام :

إن كفاءة حواس ذوي الاضطراب في كلامهم أقل بكثير من أمثالهم من العاديين. ولقد أثبت ذلك «كاريل»[1] ببحث أجراه. كما أكدت هذه النتيجة أبحاث أخرى. وقد كان ذلك ملحوظاً بالذات فيما يختص بالتمتامين الذين ظهر أن مستوى كفاءة حواسهم أقل من مستوى غيرهم من التلاميذ الأصحاء والعاديين.

الشخصية واضطرابات الكلام :

عند دراسة شخصية من لديهم اضطراب في كلامهم يجب أن نضع موضع الاعتبار لعلاقة بين الإصابات الجسمية والشخصية. فالاصابة الجسمانية الخطيرة تستلزم أن يستخدم لشخص المصاب سبلا جديدة لكي يستطيع التكيف مع بيئته. وشخصية الفرد كما نذكر هي مجموعة تصرفاته واتجاهاته خلال تكيفه مع بيئته. وبما أن الكلام هو عامل أساسي في تكييف الشخص فإن أي اضطراب في هذا العامل يستتبعه تغير في شخصيته. ومن ثم فإن الكلام في حالة الشخص المعيب جسمانياً ربما يعتبر جزءاً لا يتجزأ من شخصيته. فالعميان تتولد لديهم اضطرابات في الكلام لأسباب غريبة متعلقة بطرقهم في التكيف مع البيئة، كما أن الإثارة المتعلقة بالشخص الذي لديه عيب في غدته الدرقية ، وكذلك سرعة كلامه مرتبطان ارتباطاً وثيقاً مع الإصابات في الغدد.

أما اضطراب الكلام عند الأشخاص الذين لا يظهر عليهم خلل جسماني ، فقد أجريت عليهم عدة تجارب (فيما عدا التمتامين) ثبت منها وجوب إجراء علاج نفسي لتصحيح طريقة كلامهم. أما فيما يختص بالخصال المتعلقة بالشخصية فقد قامت ستنكفيلد[2] بعمل بحث في سنة ١٩٢٦ لتبين هذه الخصال ، فقسمت الطلبة الذين أجري البحث عليهم إلى ثلاث فئات :

---

(١) Carrell, J.A., "A Comparative Study of Speech Defective Children." arch. Speech, I. (1936), 179-203.

(٢) Op. cit.

الفئة الأولى ٣٣ طالباً يحتاجون إلى تصحيح كلامهم.

الفئة الثانية ٣٣ طالباً كانت طريقة كلامهم ممتازة.

الفئة الثالثة ٢٠٤ طلاب كان كلامهم عادياً.

كما كتبت قائمة بالخصال التي كانت تريد التوصل إليها عن طريق بحثها وكانت هذه الخصال تختلف من (الميل للنظام-الحذر-الرقة واللطف) إلى (التحكم في التصرفات العاطفية-الحساسية المتناهية... إلخ) ولقد وجدت «ستنكفيلد»[1] أن الفئة التي تحتاج إلى التصحيح في كلامها كانت تتجه نحو الخصال السابقة وذلك بمقارنتها بالفئة ذات طريقة الكلام الممتازة، كما أن البنات في الفئة التي تحتاج إلى تصحيح كلامها كن أقل درجة من الفئتين الأخريين وذلك بالنسبة للأسئلة التي من النوع الآتي: -«هل يمكنك إيجاد صلة التعارف بالآخرين بسهولة، هل تغلق فمك، هل أنت هادئ، هل تقنع بالقليل، هل انت غير اناني - واقعي.. الخ» وكذلك في الخصال المتعلقة بالنظام كانت الفئة التي تحتاج إلى تصحيح كلامها أقل في المستوى من الفئتين الأخريين. وكانت البنات في نفس الفئة اميل للعداء والثورة من أشخاص سائر الفئات. أما عن الخصال المتعلقة بشخصية التمتامين فقد ظهر بعد عدة ابحاث كثيرة أنه ليس هناك فرق يذكر في خصال الشخصية بينهم وبين الأشخاص العاديين إلاّ انه وجد فرق في مجال الثقة بالنفس أو الحساسية والفرق كان في صالح الأشخاص العاديين. وبدراسة مشاكل الشخصية الخاصة بالتمتامين فيما بين سن ٧ - ٤٢ ظهر أن هناك فروقاً سلبية بينهم وبين الأشخاص العاديين، وكان ذلك بالنسبة للصحة الجسمانية، الاثارة، العصبية، الخجل، التلهف المهني، الشعور بالانقباض، والشعور بالتكيف مع حياتهم بشكل مُرض. وكانت هذه الفروق أكبر بالنسبة للتمتامين الكبار منها بالنسبة للصغار.

كما قام «بندر»[1] بعمل بحث على (٢٤٩) من التمتامين و(٣٠٣) من غيرهم وكان متوسط اعمارهم ١٧ سنة. وقد ظهر من هذا البحث أن طائفة التمتامين كان لديها نسبة عالية وملحوظة من التهيج العصبي، وكانت أكثر انطواء على نفسها، واقل سيطرة وأقل ثقة بالنفس وأقل اختلاطاً اجتماعياً من فئة غير التمتامين.

---

(١) Bender, J.F.: The Personality Structure of Stuttering. Pitman, N.Y., 1939.

وخلاصة النتائج التي ظهرت من هذه الأبحاث المختلفة هي أن التمتامين الكبار غير متكيفين مع حياتهم بدرجة أكبر من التمتامين الصغار. أما بخصوص من لديهم اضطراب في الكلام غير التمتامين، فقد اظهر انهم أقل تكيفاً في حياتهم من الأشخاص العاديين، على انه ينبغي اجراء تجارب اخرى للتأكد من النتائج السابقة.

المراجـــع

١ – «أمراض الكلام» للدكتور مصطفى فهمي مكتبة مصر ١٩٥١

٢ – «تأخر الكلام عند الأطفال» مقال للدكتور مصطفى فهمي – مجلة علم النفس، مجلد ٨ عدد ٣ (١٩٥٤).

3. Root, A.R.: *"A Survey of Speech Defectives in the Public Elementary Schools"*. Elem. Sch. J., XXVI, (1926), 531-41.
4. Stinchfield, S.: *"Speech Pathology"*. (Expression Co., Boston, 1938).
5. Carrell, J.A., *"A Comparative Study of Speech Defective Children"*. Arch. Speech, I (1936), 179-203.
6. Bender, J.F.: *"The Personality Structure of Stuttering"*. (Pitman, N.Y.) 1939.
7. Weisenberg, T., and K.E. McBride.: *"Aphasia"*, (Commonwealth Fund), N.Y., 1935.
8. Kopp, G.A.: *"Metabolic Studies of Stutterers"*. Speech Monogs, 1:1 (1934), 117-32.
9. West, R.L. Kennedy, and A. Carr.: *"The Rehabilitation of Speech"*.
10. Froeschels, E.: *"Psychological Elements in Speech"*. (Expression Co., Boston, 1932, 132-7).
11. Eisenson, J.: *"The Psychology of Speech"*. (Crofts, N.Y., 1938), 168-72.
12. Travis, L.E., and M.G. Davis.: *"The Relation between Faulty Speech and Lack of Certain Musical Talents"*, Psy. Monogs, XXXVI, 168 (1926), 71-81.
13. McDowell, E.D.: *"Educational and Emotional Adjustments of Stuttering Children"*. T.C. Contribs, to Ed., No.314. Columbia Univ., 1928.
14. White House Conference on Child Health and Protection, Report of the Committee on Special Classes, Special Education (Century, N.Y., 1931).
15. Steer, M.D.: *"The General Intelligence of College Stutteres"*. Sch. & Soc., XVIV. (1936), 862-4.
16. Johnson, W.: *"Influence of Stuttering on the Attitudes and Adaptations of the Stutterer"*. J. Soc. Psy., V 1934, 415-20.

الفصل الثاني عشر

أنواع أخرى من الإصابات

استعرضنا في الفصول السابقة عدة طوائف من المصابين بأمراض وعاهات مختلفة. ولا زالت هناك فئات كثيرة ممن يقاسون من إصاباتهم. وتؤثر هذه الإصابات على سلوكهم وتلون شخصياتهم وحياتهم بصور معينة تجعلهم في حاجة إلى رعاية خاصة. وسنتحدث الآن عن بعض هذه الفئات. ومنها:

أولاً – المريض بالقلب.
ثانياً – المصاب بالتهاب السحائي.
ثالثاً – المصاب بالصرع.
رابعاً – المصاب بزيادة الحساسية.
خامساً – المصاب بمرض السكر.
سادساً – المصاب بالجذام.

أولاً – المريض بالقلب

ليست هناك بيانات كافية لتعرف مدى شيوع مرضى القلب بين الأطفال في مصر ، فهو ليس من الأمراض التي يبلغ عنها كالحميات ، ولذلك تظهر الإحصائيات الرسمية خالية من أي إشارة لهذا المرض ، إلاّ أن أطباء المدارس يرون أنه من الأمراض الأساسية التي يلاحظونها على أطفال المدارس ، وتعطل سير الدراسة عندهم .

والسبب الرئيسي لمرض القلب بين الأطفال ، هو إصابتهم بالحمى الرومانتزمية ، أو الأمراض المعدية ، التي لم يعرف سبب لها بعد ، على أن الفقر وسوء أحوال المسكن ، والبيئة الباردة الرطبة ترتبط بالحمى الروماتزمية ، وقد لاحظ «سميث» (Smith)[١] أن المرض نادراً ما يصيب المرضى في العيادات الخاصة ، الاّ أنه شائع بين المرضى الذين يؤمون العيادات الخارجية . وبالرغم أن الحمى الروماتزمية هي مرض معدي ، إلاّ أنه ليس له أجل زمني محدود ، مثل الالتهاب الرئوي ، أو التيفود بل إنه مرض مزمن ومعدي . وعندما تهبط العدوى ويتراخى المرض تستعيد أعصاب القلب جزءاً كبيراً من وظيفتها ، غير أن الصمامات تظل مشوهة ومعيبة ، وقد قرر «روه» (Rauh)[٢] أن ٨٠٪ من الأطفال الذين أصيبوا بأمراض القلب في المناطق التي تغلب فيها هذه الامراض ما زال لديهم أمراض روماتزمية في صمامات قلوبهم .

وتغلب الإصابة بالحمى الروماتزمية بين الأطفال الصغار ، فبناء على أحد التقارير الانجليزية[٣] ، تحدث ثلثا الإصابات بالحمى الروماتزمية المعدية للأطفال بين سن ٥ و١٥ ، أما «ويلسون» (Wilson) و«لينوج» (Linogg) و«كروفورد» (Crawford)[٤] فقد قدّروا سن ٦ إلى ٩ سنوات على أنه زمن حصول المرض في نصف الحالات التي درسوها ، أما الحالات التي درسها دي بورت ، فقد أصيب ٧٥٪ منها بالمرض قبل سن العاشرة ، أما «بوس» (Boas) فهو يعتقد أن السن من ٥ إلى ٩ سنوات هي الفترة التي يكثر فيها انتشار هذا المرض . وأن الإناث أكثر حساسية لأمراض القلب من الذكور .

---

(١) — Smith , C.H. & L.P. Sutton.: *Heart Disease in Infancy and Childhood.* (Appleton , N.Y. , 1930).

(٢) Rauh. L.W.: *"The Incidence of Organic Heart Disease in School Children."* Am. Heart J. XVIII (1939) , 705-13.

(٣) Acute Rheumatism in Children in Relation to Heart Disease , H.M.S.O. , No.44 , London , 1927.

(٤) Wilson , M.G. , C.L. Linogg , and G.C. Crawford , *"Heart Disease in Children"* Am. Heart. J. , IV (1928) , 164-96.

وفي أحد الأبحاث عن مستوى الذكاء لمرضى القلب، قام به «روس» (Ross)[٢] مستعملاً اختبار بينيه، فطبقه على ٢٢ مريضاً تتراوح أعمارهم بين ٥و١٤ سنة، وقد تراوحت نسب ذكائهم بين ٥٠و١١٧ وكانت نسبة عدد الأطفال متوسطي الذكاء (أي الذين حصلوا على نسب ٩١ إلى ١١٠) قليلة، فقد بلغت ١٨٪ فقط، ويقابل ذلك ٣٢٪ من ١٠٠٠ طفل في مدرسة أخرى.

العمل المدرسي:

تضمن تقرير أرسل في سنة ١٩٢٧ إلى مجلس التعليم لمدينة نيويورك أن «بيانات المدرسة عن الأطفال في فصول السنة الأولى والسنة الثانية (أ) في المدارس الصناعية، تدل على أنه بالمقارنة بينهم وبين غيرهم من الأصحاء. اتضح أنه ليس هناك أي فرق بين الطائفتين. أما الأطفال في السنة الثانية (ب) فكانوا متغيبين لفترات أطول، ولم يستطيعوا القيام بواجباتهم المدرسية العادية بدون الملاحظة والراحة خلال ذلك» ونتيجة لذلك نصح التقرير بتوفير فرص التمرين، والتدريب للطلبة في الفرقتين الأولى والثانية (أ). وهذا التقسيم ينطبق على تقسيم المرضى بالقلب الذي عملته لجنة أمراض القلب التابعة للجنة الصحة والسل بمدينة نيويورك. وفيما يلي وصف لبعض من هذا التقسيم:

فصل السنة الأولى:

ويضم مرضى القلب. الذين يمكنهم القيام بنشاط جسماني، دون الحاجة للراحة، حيث إن المجهود الجسماني العادي لا يسبب تعباً غير عادي أو خفقاناً أو آلاماً في الصدر. ومرضى هذه الفئة لا تظهر عليهم علامات جسمانية تشير إلى خفقان القلب أو إصابته.

فصل السنة الثانية:

ويضم مرضى القلب الذين لا يستطيعون القيام بأعمال جسمانية، بدون أن يتخلل ذلك قسط من الراحة، وهؤلاء نوعان:

(أ) الذين يسبب لهم المجهود الجسماني العادي تعباً غير عادي أو خفقاناً أو أمراضاً صدرية، ومرضى هذه الفئة تظهر عليهم علامات إخفاق القلب أو علامات إصابته.

(ب) الذين يسبب لهم المجهود الجسماني الأقل من العادي تعباً أو خفقاناً أو آلاماً صدرية، ومرضى هذه الفئة تظهر عليهم علامات إخفاق القلب أو علامات إصابته بالمرض.

Ross, M.: *"Mental Retardation Associated with Congenital Heart Disease"*. J. Pedis. XIV (1931), 21.24.

فصل السنة الثالثة :

ويضم المرضى المصابين بأمراض القلب ، ولا يستطيعون القيام بأي عمل دون الحاجة للراحة .

وعليه فقد نصح التقرير بعدم إدماج الطلبة من فصلي السنة الثانية (ب) والسنة الثالثة في فصول التدريب . وبما أنه لم يكن هناك فرق كبير بين الطلبة في فصلي السنة الأولى والسنة الثانية (أ) وبين غيرهم من الأصحاء ، فقد اقترح عدم الفصل بين الفئتين.

التكيف المهني :

تتبعت لجنة التوجيه المهني لأمراض القلب ٤٧٧ طفلاً من الجنسين في المدارس الابتدائية والثانوية والصناعية ، وذلك لمدة سنتين اتضح بعدهما أن ٢٩٪ منهم اتجهوا نحو التعليم التجاري ، ٢٧٪ نحو التعليم العام ، و ٤٤٪ نحو التعليم الصناعي . ويشمل الأخير الرسوم المعمارية والميكانيكية ، والكهرباء ، وصنع المصوغات ، والطباعة ، وعمل النظارات ، والتصميم التجاري ، وعمل الثياب وغيرها . ولم يمنع الأولاد من مزاولة أي أعمال في التعليم الصناعي سوى صناعة السيارات ، وعمل ألواح الصلب ، وقطع الأخشاب . أما التدريس فكان المهنة الوحيدة التي منعت عنهم ، ولم يمنع عن ممارسة الموضوع سوى عدد قليل من الأطفال ، وبعض آخر تخلف نتيجة للمرض وكان متوسط الغياب لهذه الفئة هو ١١,٤ يوماً من ٢٠٠ يوم في السنة ، وكان ٤٤٪ من فئة العمال غير المهرة ، وكان متوسط الدخل الأسبوعي للعمال المهرة ١٩,٣٤ دولاراً ولغير المهرة ١٦,٠١ ودلار.

التكيف العاطفي :

لا توجد أبحاث كافية في هذا المضمار ، إلاّ أن « بوس » (Boas) يعتقد أن خبر الإصابة بمرض القلب له وقع الصاعقة على الطفل ، حيث إنه سيحيا حياة مختلفة عن أقرانه ، ولا يستطيع مشاركتهم ألعابهم وحركاتهم اليومية بنفس السهولة والحرية . وسيضطرب الطفل دائماً بسبب مرض قلبه ، كما ستتلون حياته كلها نتيجة لمعرفته بعاهته القلبية .

ويذكر « بوس » كذلك أن هذه الحالة تزداد خطورتها نتيجة لتلهف الأبوين وشعورهم نحو الطفل . وقد لاحظ « فوستر » (Foster) أن الأطفال الذين يتأثرون بمرض قلبي يكونون بلداء وعديمي الاهتمام بواجباتهم المدرسية ، ويعللون ذلك بمرضهم القلبي ، كما لوحظ أن قسطاً كبيراً من الخوف كان مرتبطاً بمعرفة هؤلاء الأطفال لمرضهم ، وقام « سيجل » (Sigel) ببحث حالة ٣١ مريضاً بالقلب في إحدى المستشفيات بشيكاجو بعد

مقابلتهم لعالم نفساني . وقد اتضح أن ١٥ منهم كانوا مصابين بصراع نفسي ، واضطراب عاطفي .

وبالرغم من العناية الكبيرة التي بذلت في تعليم الأطفال المصابين بمرض قلبي ، إلاّ أن المعلومات الموجودة عنهم قليلة .

ثانياً – المصاب بالالتهاب السحائي

الالتهاب السحائي هو إصابة المخ بمرض وبائي حاد لم تعرف أسبابه بعد . وقد قررت لجنة « ماثسون » (Matheson)[١] أن حصول المرض يكون غالباً تدريجياً ، وعملية تفاعلية بطيئة للغاية ربما استغرقت بضعة شهور حتى يصل المرض لذروته . وفي سنة ١٩٢٩ حينما كان هذا المرض منتشراً في دول أوروبا وأمريكا قررت اللجنة أن انتشاره في أوروبا كان أكثر من الولايات المتحدة ، كما قررت أن حصوله غالباً ما يكون في أشهر الشتاء ، وأنه يصيب الأشخاص من جميع الأعمار إلاّ أنه يصيب الكبار أكثر من غيرهم .

وقد ذكر « بوند » (Bond)[٢] أنه بالنسبة للعدد القليل الذي أصيب بالمرض بانجلترا ، فلم يتخذ المرض هناك شكلاً وبائياً ولم يكن معدياً ولم ينتج الضرر الذي أنتجه غيره من الأمراض كالتهابات المخ التي تسبب النعاس . وأهم أعراض الالتهاب السحائي ونتائجه هي التغيرات التي تحصل في مجموعة الأعصاب وفي شخصية المريض ، ومن ذلك ما ذكره « بوند » و « آبل » (Bond & Appel)[٣] أنه يتسبب في تكوّن وجه متصلب لا يبدو عليه أي أثر للتعبير ، كما يتسبب في تصلب العضلات وانحناء الظهر ، ومن ثم يمشي المريض بتصلب وبطء ، ولا يحرك يديه ، وغالباً ما يكون هناك إفراز زائد في اللعاب ، ويكون صوت المريض مملا ، وعلى وتيرة واحدة ، وربما تكون هناك اهتزازات رتيبة لليدين والذراعين والرأس أو الفكين .

أما التغيرات في التكوين الجسماني فتكون ضئيلة وغير ملحوظة ، إلاّ إذا حصل المرض في مرحلة مبكرة بين السادسة والثالثة عشرة من العمر ، وقد لاحظ بعض الباحثين

---

(١) Matheson Committee, Epidemic Encephalitis Columbia U.P., N.Y., 1929.

(٢) Bond, E.D., After Histories of Persons Attacked by Encephalitis Lethargica Reports on Public Health and Medical Subjects, No.49, H.M.S.O. London, 1928.

(٣) Bond, D. & K.E. Appel: *"The Treatment of Behavior Disorders following Encephalitis."* (Commonwelath Fund, N.Y. 1931.)

ظواهر التغير في السلوك مثل عدم المبالاة ، والتواني ، والاضطراب العاطفي ، والميل نحو المشاجرة ، والتحدي ، وعدم الاستقرار ، والبكاء ، كما لاحظوا أن الأطفال الذين كانوا قبل حصول المرض لهم وديعين مستبشرين أصبحوا بعده غير محبين للنظم ولا مبالين له ، غير مطيعين ، سريعي الإثارة ، كاذبين ، غشاشين وسارقين ، وغالباً ما يقومون بجرائم جنسية خطيرة أو يصبحون قساة ومتوحشين من ناحية عواطفهم .

ومن دراسة قام بها «جبز» (Gibbs)[1] على ١٤٤ مريضاً في أحد المستشفيات اتضح أن هناك فروقاً في السلوك بين هؤلاء وبين الأطفال المصابين بأمراض عقلية .

الذكاء :

هناك عدّة أبحاث في هذا المضمار قام بها «بون» و«آبل» وغيرهما ، وأجريت اختبارات كثيرة على مرضى مصابين بالألتهاب السحائي . والظاهرة الملحوظة على هؤلاء المرضى هي أنهم يصابون بالغباء والبلاهة ، وتزيد نسبة ذلك إذا أصيب المريض بالمرض قبل سن العاشرة .

ثالثاً – المصاب بالصرع

الصرع هو مرض تحصل فيه نوبات عصبية مفاجئة تتميز بفقد الوعي والإحساس ربما تكون أو لا تكون مصحوبة بأعراض ظاهرة ، وتختلف هذه النوبات من حيث خطورتها وتقارب حصولها ، وهناك ثلاثة أنواع منها الصرع الأكبر (grand mal) والصرع الأصغر (petit mal) ومعادلات الصرع (epileptic equivalents)، وفي النوع الأول يحصل فقد تام للوعي يتسبب عنه سقوط المريض نتيجة لتقلص جميع عضلات جسمه وتصلبها ، ويعقب ذلك حركة تشنجية غير منتظمة تنتهي بألاّ يتذكر المريض أي شيء مما حصل له خلال النوبة(*) .

أما في النوع الثاني فإن المريض يفقد وعيه لفترة قصيرة ، كأن يؤدي عملاً ما ، ثم يتوقف عن عمله قليلاً ، ثم يعاوده ، وكأن لم يحصل شيء .

وفي النوع الثالث ربما تصرف بذكاء ظاهر وملحوظ ، أو يظهر عليه الاضطراب ،

---

(1) Gibbs , C.E. *"Behavior Disorders in Chronic Epidemic Encephalitis"*. Am. J. Psychiat , IX , 1930 , 619-36.

(*) انظر تفاصيل أكثر من النوبات في كتاب حسية » للدكتور مصطفى فهمي ص ١٦٢ .

أي أنه يصاب بالأفزيا خلال فترة النوبة فتنعدم القدرة على الحركة والحس، وكثير من الكتب لا تذكر هذا النوع الأخير.

وقد ذكر «لينوكس» (Lennox)[1] أن من بين الحالات، التي قام بدراستها، كان هناك ٥٠٪ يصابون بالنوع الأول، ٣٤٪ يصابون بخليط من النوع الأول والثاني، ٩٪ يصابون بالنوع الثاني وحده، ٧٪ يصابون بالأفزيا بدون وجود النوع الأول أو الثاني، أما «سيلفان» و«جاهاجان» (Sullivan & Gahagan)[2] فقد ذكرا: أن ٨٠٪ من الحالات التي درساها تصاب بنوبات من النوع الخطير، بينما وجدا في مستعمرة كريج أن هذه النسبة كانت ٩٤٪.

وليس هناك سبب واحد للصرع فإنه يحصل لأسباب عديدة، ويتخذ أشكالاً مختلفة. أما انتشاره بين الناس فإنه في الواقع غير معروف، وأحد التقديرات التي يمكن ذكرها نتيجة للعينة الضئيلة التي صادفتها هي ٣٪ على الأقل من بين ذوي الإصابات الأخرى، وليس من بين أفراد المجتمع العام، والمعروف أنه ليس هناك فرق بين الجنسين في نوع الإصابة بالصرع، وذلك بالرغم أن عدد الرجال المصابين بالصرع يفوق عدد النساء اللائي يصبن به.

ومع أن نوبات المرض يمكن حصولها في أي سن إلاّ أن «جورز» (Gowers)[3] قرر أن في ٥٥٪ من الحالات التي درسها، بدأت النوبات قبل سن العاشرة وقد أثبتت عدّة أبحاث أخرى أن هذه النوبات تحصل في سن الخامسة أو قبلها، كما أن حصولها في الذكور يكون في سن أصغر من سن حصولها في الإناث.

الذكاء:

في سنة ١٨٨١ وجد «جورز» أن من بين ١٤٥٠ حالة درسها كان هناك ٦٤ حالة كان لديها ضعف عقلي خطير، أما «تيرنر» (Turner)[4] فقد ذكر أن ٤٤٪ من ١٥٩ حالة درسها كانوا أذكياء ونشطين، على أن ذلك كان مصحوباً ببعض النقص في نواح خاصة من تفكيرهم.

---

(١) Lennox, W.G.: *"Epilespy"*, Ch. XXXI in Nelson New Loose-Leaf Medicine (Nelson, N.Y., 32).

(٢) Sullivan, G.B. & L. Gahagan.: *"Intelligence of Epileptic Children"*. Genet. Psy. Mongs, XVII, 1935.

(٣) Gowers, W.R.: Epilepsy. (Churchill, London, 1881).

(٤) Turner, W.A.: Epilespy. MacMillan, London & N.Y., 1907.

وقد قام « فوكس »(Fox)[1] بدراسة حالة ٩٩ ولداً و ٥١ بنتاً في إحدى مستعمرات الصرع الإنجليزية كانوا بين سن الخامسة والسادسة عشرة وطبق عليهم اختبار « بينيه – سيمون » فكان متوسط نسب ذكاء الأولاد ٧١ والبنات ٦٥ ، كما وجد أن أنواع الاختبارات والأسئلة التي يصعب حلها على المصابين بالصرع هي تلك التي تتضمن الأسئلة اللغوية ، والأسئلة الفكرية ، والتي تستدعي تركيز الاهتمام ، والتروي والتعقل ، وكذلك الأسئلة الخاصة باستعمالات النقود في الحياة اليومية. وقد علل فوكس سبب سقوط المرضى في النوع الأخير من الأسئلة إلى إقامتهم في مستعمرة الصرع وإلى عدم تهيؤ الفرص لهم لاستعمال النقود.

وقد قام « نيند » (Ninde)[2] ببحث حالة ٢٠٠٠ مريض بالصرع ، فاتضح له أن مدى تذكرهم السمعي يعادل ٥٠٪ مما يتذكره الأصحاء ، واستنتج أن ٣٦٪ من هذه المجموعة تعتبر من ضعاف العقول ، ولكننا لا نستطيع أن نعتمد على مثل هذا القياس.

وقد اتضح من بحث قام به كوكسون أن ٢٦ من الـ ١٠٠ مريض الذين قام ببحث حالتهم كان يبدو عليهم ضعف العقل بشكل واضح ، أما الباقون فكانوا عاديين.

وفي بحث آخر قام به (Patterson & Fonner)[3] طبقا فيه اختبار بينيه على ١٢٨ مريضاً بالصرع من الأطفال والمراهقين، اتضح أن نسب ذكائهم كانت تتراوح بين ٣٨ و ١١٤.

ومن أبحاث أخرى قام بها آخرون مثل (Dawsan & Conn) و(Sullivan & Gahagan) و (Fetterman & Barnes) اتضح أن متوسط نسب الذكاء للمرضى بالصرع كان يتراوح بين ٣٤ و ١٣٣. وفي البحث الذي قام به الأخيران على ٦٣ من الذكور و ٤٠ من الاناث كان متوسط نسبة الذكاء للمجموعة ٨٨.

ومن دراسة قام بها « براون » (Brown)[4] لأقارب ٢٦ مريضاً بالصرع في مستشفى أوهايو اتضح أن ٦٤٪ كان لهم قريب أو أكثر مصاب بالصرع وأن ٢٨٪ كان لهم قريب مصاب بمرض عقلي وأن ٢٥٪ كان لهم قريب عنده ضعف عقلي وأن ٨٩٪ كان لهم قريب مصاب بالصرع ، أو الجنون ، أو ضعف العقل.

---

(١) Fox, J.T.: *"The Response of Spileptic children to Mental & Educational Tests."* Br. J. Med. Psy., IV, 1924.

(٢) Ninde, F.W. *"The Application of the Authority Memory Span Test to Two Thousand Institutional Epileptics"*. (Temple Press, West chester, 1927).

(٣) Patterson, H.A. & D. Fonner, *"Some Observations on the Intelligence Quotients in Epileptics"*. Psycist Quart., II, 1928.

(٤) Brown, R.R. *"A Study of the Mental and Physical Traits of the Relatives of Epileptics"*. J. Appl. Psy., XIV, 1930.

اعتبر الضعف العقلي للمصابين بالصرع ظاهرة مرتبطة بها المرض، على أن إعادة الاختبارات النفسية على هؤلاء المرضى ألقت ضوءاً على هذا الاعتقاد. فقد قام فوكس باعادة الاختبارات على ١٣٠ حالة مستعملاً اختبار «بيرت - بينيه» وذلك بعد مرور سنة من الاختبار الأول فاتضح له أن ٣٧٪ ساءت حالتهم عما كانت وأن ٢٢٪ تحسنت حالتهم وأن حالة ٤١٪ لم تتغير بأكثر من نقطتين إما إلى أحسن أو إلى أسوأ. وأن عشرة من المرضى تقهقروا بحوالى عشر نقط، بينما لم يتحسن بنسبة عشرة فقط إلاّ مريض واحد، وقد كان هناك تقهقر ملحوظ في ٨٪ من مجموع الحالات.

ومن اختبار آخر أجراه (Patterson & Fonner) على ٩٨ مريضاً (٥١ ولداً و٤٧ بنتاً) ثم أعاده مرة أخرى - ظهر أن أقصى درجة للتحسن كانت ١٨ نقطة، وأقصى درجة للتقهقر كانت ٤٧ نقطة، وذلك بالنسبة للأولاد، أما بالنسبة للبنات فكانت أقصى درجة للتحسن هي ٢٠ نقطة وأقصى درجة للتقهقر كانت ٩ نقط. وقد قام الباحثان بدراسات أخرى مشابهة منها أن الأطفال المصابين بالصرع يتحسنون أو يتقهقرون بنسب متفاوتة من وقت لآخر.

وقد أطلع «لينوكس» على التقارير الخاصة بـ١٣٢٨ حالة صرع كانت في المستشفيات الخاصة والعامة، ظهر منها أن ٦٥٪ منهم كانوا عاديين من الناحية العقلية، وأن ٢٤٪ كان لديهم نقص طفيف في عقليتهم، وأن ١١٪ كان لديهم نقص خطير، وقرر لينوكس أن حالة المريض تزداد سوءاً على مر السنين، إلاّ أنها تصبح ثابتة بعد عشر سنوات. على أن «باسكيند» (Paskind)[1] قرر أن ٩٣،٤٪ من مرضاه كانوا يتمتعون بقوى عقلية ممتازة كغيرهم من الأصحاء، وأنه لم تظهر عليهم أية بوادر لنقص عقلي.

وقد أجريت بعد ذلك أبحاث عديدة، كرر بعضها، وتتلخص نتائجها فيما يأتي:

١ - تراوحت نسب الذكاء بين ٢٤ و١٤١.

٢ - لم يكن هناك فرق يذكر بين مستوى الذكاء للذكور ومستوى الذكاء للإناث.

٣ - كان هناك تغيرات متفاوتة إما نحو التحسن أو نحو التقهقر.

٤ - لم يمكن تبين العلاقة بين ازدياد حالة المريض سوءاً وبين خطورة نوبة المرض التي تصيبه، أو عمره عند الإصابة بالمرض، أو كيفية حصول النوبة والفترة بين كل نوبة وأخرى.

---

(١) Paskind, H.A., *"Extramural Patients with Epilepsy"*. Arch. Neurol. Psyciat. XXVIII, 1932.

الشخصية :

في سنة ١٩٢٦ ذكر «برنهام» (Branham)[1] أن انعدام الثبات العاطفي والعناد، والقسوة، والمبالغة هي مظاهر رد الفعل للمصابين بالصرع، وقرر كذلك أن المصاب بالصرع مندفع، ويمكن تحويله وإثناؤه عن قراره بمنتهى السهولة، كما أنه يتعمد لفت النظر إليه، ويندفع للبكاء بسهولة وأحياناً يعتريه الخجل والشعور بعدم الثقة. وقد لاحظ (Lennox) أن حديث المصاب بالصرع ممل، وأن قواه العقلية والجسمانية غير متناسقة، وأنه عرضة للاثارة والتهيج، ولنوبات الغضب بسرعة، وأن عواطفه غير ثابتة، وأحياناً يعتمد على الغير بشكل مبالغ فيه. ويعتقد أن سبب كل ذلك هو المعاملة التي يلقاها من الناس.

وقد وصف «بريدج» (Bridge)[2] شخصية المصاب بالصرع على أنه «منطو على نفسه، يداوم على طلب تنفيذ الأشياء بطريقته الخاصة، كما يعترض على أي تدخل فيها، وهو دائماً معرض للغضب، وتنتابه موجات متباينة من العواطف والمشاعر».

كما لاحظ بريدج أن المصاب بالصرع متعنت وقاس وذو عواطف غير ثابتة، وكذلك في منتهى الحساسية بخصوص مشاكله، أما من الناحية العقلية فقد وجد بريدج أن المصاب بالصرع مترهل في معظم الأحيان، غير أنه أحياناً يكون قادراً على التفكير العقلي إذا ما سمح له بوقت كاف. ويعتقد بريدج أن هذه الظواهر موجودة معظم الوقت، ومن ثم فلا بد أن يكون لها صلة بالمرضى.

أما (Grinker) فقد ذكر أن المصاب بالصرع غالباً ما يكون منطوياً على نفسه، أنانياً ومتقلب العواطف.

وفي بحث آخر قام به «هاريمان» (Harriman)[3] على ٢٥ مريضاً في إحدى المستعمرات للمصابين بالصرع وكانت العينة المقارنة من ٢٥ شخصاً أيضاً واستعمل فيه اختبار كوخ (Kohs Ethical Discrimination Test) الذي يشمل ستة

---

(١) Branham, V.C.: *"Epileptoid Reactions in Children"*. Am. J. Psychiat, LXXXII, 1926.

(٢) Bridge, E.M.: *"Mental State of the Epileptic Patient"*. Arch. Neurol. & Psychiat; XXXII, 1934.

(٣) Harriman, P.L.: *"The Ethical Discrimination of the Epileptic"*. J. Abn. Soc. Psy., XXX, 35.

اختبارات فرعية خاصة بالعلاقات الاجتماعية ، وتقدير الأخلاق ، وتفهم الحكم البسيطة ، وتعريفات الاصطلاحات الأخلاقية وتقدير أو تمييز الأخطاء وكذلك المشاكل الأخلاقية ، وقد كان متوسط عمر المرضى ٢٨ سنة ، فظهر أن نتائج المرضى بصفة عامة أقل من المجموعة المقارنة في الاختبار الأول ، أما في الاختبار الثاني فكانت نسبة الأخطاء للمرضى ٥،٧٦ بينما كانت لعينة المقارنة ٠،٢٤ ، أما في الاختبار الثالث فقد ظهر أن المرضى اخفقوا في تفهم معنى الحكم البسيطة الشائعة. أما في تعريفات الاصطلاحات الأخلاقية فكانت عينة المقارنة متفوقة بشكل ملحوظ ، كما أن المرضى أخفقوا في ايجاد حلول للمشاكل الاخلاقية. وعموماً كان مستوى المرضى في جميع الاختبارات أقل كثيراً من عينة المقارنة. وقد أكد هذه النتائج بحث آخر قام به (Sullivan & Gahagan).

أما البحث الذين قام به (Makhaeva) فقد أظهر أن حركات الأطفال المصابين بالصرع غالباً ما تكون بطيئة ، لكنها قوية وتتميز بالدقة.

الخلاصة :

إن مدى ذكاء المصابين بالصرع يتشابـــه مع مدى ذكاء الأشخاص العاديين إلاّ أن متوسط نسبة ذكاء المصابين بالصرع الذين أجريت عليهم التجارب أقل من متوسط نسبة ذكاء الأشخاص العاديين ، كما لوحظ أن عدداً كبيراً من المرضى قد وقعوا ضمن الطرف الأدنى حيث نسبة الذكاء حوالى ٦٥ فقط.

وهناك أدلة متباينة عن مدى تطور حالة المرضى نحو التقهقر والانحطاط على أن معظم الأدلة تميل إلى أن حالتهم تسوء مع مضي الوقت ، ومع ذلك لا يمكن التنبؤ بأن المرضى ستسوء حالتهم ، وعن مدى سرعة تطور المرض عندهم.

ولا مفر حصول اضطرابات في سلوك المصابين بالصرع وشخصياتهم وهذه تشمل الكذب والسرقة والمشاجرة والأخطاء الجنسية والقسوة والميل إلى التدمير. على أن هذه الصفات يمكن وجودها عند الأطفال الأصحاء الذين نشأوا في بيئة منحطة ولم يحصلوا على ثقافة كافية.

رابعاً - المصاب بزيادة الحساسية

زيادة الحساسية هي رد فعل جسماني يغاير المألوف ، كأن يكون لدى شخص ما زيادة في حساسيته نحو مواد خاصة لا تؤثر مطلقاً على الشخص العادي. ويمكن أن يكون لدى شخص ما حساسية لمواد كثيرة مثل الطعام ، الريش ، الحرير ، الصوف ، الكسماويات أو المواد الغريبة في الهواء كالتراب مثلاً. كما يمكن أن تكون هذه الحساسية

ضد واحد أو أكثر من هذه المواد ، على أن بعض المرضى يكون لديهم حساسية ضد العوامل الجسمانية مثل الحرارة والبرودة ، وليس هناك سبب معروف لوجود الحساسية عند بعض الناس ، على أن تقديرات مدى شيوع الحساسية تختلف عادة من ١ إلى ١٥٪ من أفراد المجتمع .

وتختلف أشكال الحساسية ، فتكون غالباً في شكل أكزيما أو ربو ، أو حمى الخريف ، أو تورم الجفون أو الشفتين . وأكثر أشكال الحساسية شيوعاً عند الأطفال هي الأكزيما . وقد درس «نلسون»[1] أمراض الربو وحمى القش وحساسية الجلد ، وذلك في ١٧٨٦ حالة فوجد أن هذه الأعراض تظهر في الحقبة الأولى . بين الذكور ضعفي ظهورها بين الإناث ، وأن نسبة ذلك هي ٣ : ١ ، وبعد ذلك تكون نسبة ظهورها في الجنين متساوية .

الذكاء :

في سنة ١٩٢٩ قرر «باليت» (Balyeat)[2] أن مستوى ذكاء الأطفال ذوي الحساسية أعلى بكثير من المستوى العادي ، ودعم نظريته بأنه برغم غياب هؤلاء الأطفال عن المدرسة لفترات طويلة ، إلاّ أنهم يقومون بأداء واجباتهم المنزلية بمنتهى السهولة . وفي سنة ١٩٣٥ درس «سيلفان» (Sullivan)[3] ١٤٥ طفلاً من ذوي الحساسية تفاوتت أعمارهم بين ٥ و١٥ سنة ، ووجد أن ٧٥٪ منهم أصيبوا بالربو ، وبعد تطبيق عدّة اختبارات للذكاء اتضح له أن نسب الذكاء كانت تتراوح بين ١٠٣ و ١١٠ وبمقارنة هذه المجموعة بمجموعة أخرى كبيرة في إحدى المدارس ، وجد أن المستوى العقلي لذوي الحساسية معادل لمستوى الأطفال العاديين ، على أن هناك ما يوحي بقلة حصول الحساسية بين طائفة ضعاف العقول .

التقدم التعليمي :

كما ظهر لسيلفان أن ٢٢٪ من هؤلاء الأطفال تأخروا سنة أو أكثر في حياتهم الدراسية ، وأن ١١٪ منهم تقدموا أو تفوقوا بسنة أو أكثر ، وأن الباقين وهم ٦٧٪ كانوا

---

(١) Nilson, T.: *"Constitution and Allegic Manifestations: Sex-Age of Allergic Condition"*. J. Allegry, V., 1934.

(٢) Balyeat, R.M., *"The General Health & Mental activity of Allegric Children"*. Am. J. Diseases of Child.

(٣) Sullivan, .E.B, *"Allergy in Relation to Intelligence and School Success in Children"*. J. Juv. Research, XIV, 1935.

عاديين في تقدمهم المدرسي، وقد أرجع سبب التأخير المدرسي إلى كثرة الغياب عن المدرسة.

درس «كلنج» (Kling)[1] هذه العلاقة فاتضح له أن كثيراً من الأعراض الجسمية وسوء الهضم لها مصدر نفسي في الشخصية، من حيث عدم التكيف مع المجتمع، أو الأزمات الفكرية أو العاطفية التي يترتب عليها أعراض عصبية، وأن عكس ذلك صحيح أيضاً حيث إن عدداً كبيراً من العوارض العصبية لها مصدر فسيولوجي ينعكس في الاضطرابات غير الشائعة، مثل زيادة الحساسية.

وقد درس «ثورندايك» (Thorndike)[2] حالة ٥٩٤ طالباً في جامعة جورج واشنطن مستعملاً أسئلة موجزة من التي استعملها كلنج، فوجد أن الصفات التي تميز ذوي الحساسية عن غيرهم هي ما يلي:

بطؤهم في تكوين آرائهم وفي اتخاذ قراراتهم.
الصعوبة في التفكير، وحاجتهم للبحث عن أفكار.
الشعور بمركب نقص أو المبالغة في تقدير أنفسهم.
شعورهم بعدم الراحة لسبب غير ظاهر.
نظرتهم المرعبة إلى مهامهم وأعمالهم اليومية.

ويخلص من ذلك إلى أنه يبدو وجود علاقة بين الحساسية وبين الصفات الخاصة بذوي الاضطرابات العصبية.

خامساً-المصاب بمرض السكر

مرض السكر ينتج عن اضطراب في وظيفة البنكرياس. والأنسولين-وهو عصارة هذه الغدة-ينتج ويمتص بكميات غير كافية، والسكر والنشويات لا يستغل بطريقة كافية. وينتج عن ذلك، بشكل غير مباشر، عدم التفاعل الكيماوي لجميع أنواع الطعام في الوقت المناسب. ويمكن الآن استخدام الأنسولين المستخرج من البنكرياس في الحيوانات، لكي يستطيع مرضى السكر أن يأكلوا طعامهم بتوازن، ومن ثم كتب «ماركس»

---

(١) Kling, C., *"A Statistical Study in Study of Neurasthenic and Allergic Symptoms"*. J. Genet. Psy., X, 1934.

(٢) Thorndike, R.: *"A Note on the Relationaship of Allergy to Neurasthenic Traits"*. J. Genet. Psy., XVII, 1937.

(Marks)[1] أنه باستعمال الأنسولين، أمكن عدم اعتبار الأطفال المصابين بالسكر من بين المفقودين وأمكن عدم اعتبارهم من العاجزين، كما وجد الأمل في أن يصبحوا مواطنين صالحين نافعين.

وكانت نسبة الوفيات بهذا المرض في الولايات المتحدة سنة ١٩٣٣ هي ٢٦ للألف من الإناث و١٥ للألف من الأطفال الذكور، على أن المرض أكثر شيوعاً في الولايات المتحدة عنه في دول أوروبا، حيث يلاحظ أن النسبة في تناقص، وكذلك فهو أكثر شيوعاً في المدن عنه في الريف، وبين الطبقات الاجتماعية العليا عنه بين الطبقات الدنيا، وأقل شيوعاً بين الأشخاص الذين يقومون بأعمال يدوية.

وكان الأطفال المصابون بالسكر قبل استعمال الأنسولين أقل وزناً في المتوسط، أما الآن فيكاد يكون وزنهم وطولهم عادياً. وقد لوحظ من عدة أبحاث أجريت، أنه باستعمال الأنسولين في العلاج، فإن الأطفال يزيدون في وزنهم وكذلك في طولهم، إلاّ أنه بالنسبة للأخير لا يصلون الى الطول العادي، على أن هذه الظاهرة قد لوحظت على الذكور أكثر من الإناث.

دراسات نفسية:

بعد عمل عدة أبحاث واختبارات نفسية[2] على المصابين بالسكر وكانت المجموعة المقارنة تتكون من عدد من الأطباء والممرضات وأصدقاء المرضى، اتضح أن النتائج التي حصل عليها المصابون بالسكر في اختبار حذف الأرقام كانت أقل من النتائج التي حصل عليها الأطباء والممرضات وأصدقاء المرضى. وفي اختبارات تذكر الأقام أو تذكر الكلمات اتضح أيضاً أن الدرجات التي حصل عليها المرضى كانت أقل من الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة المقارنة. أما في محيط الذكاء فقد قام «هوايت»[3] بعمل بحث على ١٦٧ حالة اتضح منه أن ٢٣٪ منهم حصلوا على نسبة ذكاء مقدارها ١١٠ أو أكثر وأن ٥٤٪

---

(١) Joslin, E.P., L. Dublin, & H. Marks, *"Studies in Diabetes Mellitus Characteristics and Trends of Diabetic Morality throughout the World"*. Am. J. Med. Sci. CLXXXVI, 1933.

(٢) Miles, W.R., & H.F. Root, *"Psychological Tests Applied to Diabetic Patients"*. Arch Inter. Med., XXX, 1923, 767.

(٣) White, P., *"Diabetes in Childhood and Adolescence"*. Lea & Febiger, Phil, 1932.

منهم حصلوا على ٩٠ إلى ١١٠ وأن ١٣٪ منهم كانت نسبة ذكائهم أقل من ٩٠. وبمقارنة الأطفال المصابين بالسكر مع أشقائهم كبار السن، اتضح أنه ليس هناك بينهم فرق بذكر، فكان ٣٤٪ من الـ ٦٠ حالة التي أجري البحث عليها في المستوى العادي، على أنه كانت هناك بعض الحالات أعلى من هذا المستوى وبعض آخر أقل منه.

أما نسبة الذكاء لـ ٤٩ طفلاً المصابين بالسكر قام ببحث حالتهم «ماك جافين» (McGavin)[1] و«شولتز» (Schultz) و«بيدين» (Peden) و«بوين» (Bowen) (+) فكان ١٠٣ + ١٦,٨، وقد قرر براون أنه بالرغم من نسبة الحضور المدرسية الضئيلة لمرضى السكر، فإن متوسط نسب ذكائهم يتعادل مع متوسط نسب الذكاء الخاص بأشقائهم غير المصابين بالسكر. وبمقارنة ٤٦ من مرضى السكر مع ٢١ من أشقائهم الباقين، لم يظهر هناك فرق يذكر والفرق الوحيد الذي قرره الأبوان هو زيادة تأثر الأطفال وانفعالهم وتهييجهم.

أما البحث الذي قام به «ماك جافين» (McGavin)، فقد أظهر اتجاهاً لمرضى السكر نحو الشعور بعدم التكيف وحصول الأحلام والتأملات النهارية بدرجة أكبر من عينة المقارنة. وفي اختبارات الشخصية لم يظهر أي فرق بين مرضى السكر، وبين المعافين، على أنه في المقابلات النفسية التي جرت مع تسعة من المرضى، قرروا شعورهم بالخجل نتيجة لإصابتهم بالسكر، حيث قال أحدهم إن الآخرين يتجنبونه خشية انتقال المرض إليهم، كما ظهر أن واحداً يعيش منعزلاً ومنطوياً على نفسه، وعند حصول المرض في مرحلة مبكرة يكون هناك احتمال أن يتقبل الطفل عاهته بدرجة اسهل، وذلك من الناحية العاطفية.

وقد قررت «هوايت» (White) أنه يجب عدم التسامح مع الأطفال المرضى بالسكر عند غيابهم عن المدرسة. ثم إن جميع المهن مفتوحة أمام مرضى السكر باستثناء المهن المعرضة للعدوى، مثل التمريض، وكذلك المهن الأخرى مثل قيادة السيارة أو الطائرة أو المراكب، وقد نصحت بمزاولة مرضى السكر للمهن الآتية التي تعتبر مثالية بالنسبة لهم: الزراعة للأولاد أعمال المكتبات والسكرتارية، الرياضة والأعمال المتصلة بها.

على أنه لا يوجد في هذا المضمار معلومات وبيانات كافية تسمح بالتعميم؛ ويجدر عمل كثير من الأبحاث على مرضى السكر حتى يمكن تفهم أحوالهم.

---

(١) McGavin, Schultz, Peden & Bowen, *"The Physical Growth of Intelligence and the Personality Adjustment of a Group of Diabetic Children"*. N. Eng., J. of Med., CCXXIII, (1940, 119-27.

سادساً – المصاب بالجذام

نبذة تاريخية عن مرض الجذام :

الجذام من أقدم أمراض الجنس البشري . ويقال إنه انتقل إلى مصر في عهد الملك رمسيس الثاني مع الأسرى والعبيد الذين عادت بهم جيوشه من غزواتها في السودان والحبشة .

ويرجع الثقاة أن هذا المرض نشأ في الحبشة ثم انتشر منها إلى البلاد المجاورة ، ولكنه وجد أيضاً بين الآثار الهندية والصينية القديمة التي يرجع عهدها إلى ١٥٠٠ سنة قبل الميلاد ، أي حوالى ظهوره في مصر ، وهذا مما دعا إلى الاعتقاد بأن الجذام قد نشأ أيضاً في الهند والصين مستقبلاً عنه في الحبشة ، ولقد أخذ هذا المرض في الانتشار من هذه البلاد متخذاً سير الحروب القديمة ، ومنتقلاً بواسطة الجنود في الغالب ، فعم بلاد الفرس واليونان والرومان ، ثم عم أوروبا بعد الحرب الصليبية حتى إنه كان يوجد في فرنسا وحدها في مستهل القرن الثالث عشر ٢٠٠٠ ملجأ للمجذومين. ثم انتشر بعد ذلك إلى الأمريكيين وجزائر المحيطات والفلبين.

الجذام في الكتب المقدسة :

وكان مرض الجذام منذ آلاف السنين بل قبل التاريخ يعتبر أعظم وأخطر مصائب البشر ؛ إذ كان المجذوم يعتبر نجساً منبوذاً ، عائشاً بين القبور ، حتى إن الذي يريد أن يقدم شيئاً لهم كان يضعها عن بعد فيأتي المجذوم ويستلمها .

ولذلك لم تكن كلمة «جذام» تعبر عن مرض فحسب ، بل عن سخط وغضب من الله ، وبؤس عظيم . وهكذا تداولت هذه الكلمة من فرد إلى آخر ، ومن شعب إلى شعب .

وقد ذكر هذا المرض لأول مرة في التوراة (سفر اللاويين) تحت كلمة (البلاء–المبتلي Zaraath) وهي كلمة عبرية ، وذكر أيضاً أن المجذوم وشبيهه في المرض نجس من قبل الكاهن.

كما ذكر في التوراة بأن الجذام مرض يدل على عقاب من الله جل جلاله ، كما ذكر عن مريم أخت موسى ونعمان ، لذلك سهل شفاؤهما بمعجزة من الله كرضاء عن المريض وغفران له ، ولو أن البعض يقول إن مرض نعمان كان برصاً أو جرباً ، لأن جحظى خادم

اليشع النبي أخذ العدوى ، إذ أخذ بعض ملابس المريض ، والبعض يقول أن جحظى هذا أخذ المرض كعقاب ، إذ قد نهاه النبي اليشع عن أخذ شيء من المريض.

كما قيل إن «أيوب» كان مريضاً بالجذام ولو أن المفسرين والمؤرخين اختلفوا في تحديد نوع مرضه بين الجذام والزهري والطاعون والالتهاب الصديدي والأكزيما المزمنة والجذام الجربي وهو أخبث أنواع الجذام.

وقد ذكر أن ملكين من ملوك إسرائيل «عازاريا ويوسيا» قد قضيا حياتهما في معزل للجذام وماتا به. وأن الملك بلدوين الرابع ملك أورشليم مرض بالجذام وفقد الإحساس بأطرافه ، وفي سن ٢٣ سنة صار أعمى ، وعجزت يداه وقدماه وتشوهت واعتزل الملك وتوفي سريعاً ، وفي العهد الجديد ذكر أيضاً عن سمعان الأبرصي وخلافه من المجذوبين ومعجزات الله في شفائهم على يد سيدنا عيسى ، وهؤلاء كانوا يعيشون بعيداً في القبور.

وقد ميز العرب هذا المرض وأطلقوا عليه اسم «الجذام» كما سموه أيضاً «داء الأسد» (والمجذوم يطلق عليه المأسد) نسبة إلى بعض أعراضه التي تصيب الوجه فتجعله كثير الشبه بوجه الأسد ، وقد أخرج مسلم من حديث عمرو بن الشريد الثقفي عن أبيه – قال :

(كان في وفد ثقيف رجل مجذوم يريد مبايعة الرسول صلى الله عليه وسلم فأرسل إليه رسول الله : «إنا قد بايعناك فارجع»).

وقال النبي صلى الله عليه وسلم تعليماً وإرشاداً : «اتقوا المجذوم كما يتقى الأسد» وقال عليه السلام : «كلم المجذوم وبينك وبينه قيد رمح أو رمحين».

وقال صلى الله عليه وسلم : «فر من المجذوم كما تفر من الأسد».

سبب المرض وطرق العدوى :

١ – كان معروفاً من قديم الزمان ، أن الجذام مرض خطير معد ، ولكن لم يكن يعرف أحد سبباً لعدواه ، وكانوا يظنون أنه مرض وراثي ، إلى أن اكتشفت العلامة «هانزن» النروجي ميكروبة الذي يعرف الآن باسم «باسيل الجذام» أو «باسيل هانزن» وهو كثير الشبه بميكروب السل ومن فصيلته.

٢ – ينقل المرض من المصاب إلى السليم بالملامسة المستمرة والمعاشرة والاحتكاك ، وعن طريق الملابس ، إذ تخرج الميكروبات من المريض مع إفرازاته من القروح والانف

وغيرها، وتنتقل إلى الأصحاب عند احتكاكهم بالمرضى فتدخل من التشققات الجلدية. ثم تأخذ سبيلها إلى الغدد الليمفاوية. وهناك تبقى كامنة فيها مدة تختلف في الطول والقصر من بضعة أشهر إلى عدة سنوات، إلى أن تضعف مقاومة الجسم أثر مرض عارض كالحميات أو الأمراض التناسلية أو الإدمان على المخدرات أو أثر الصدمات العصبية الشديدة أو الهموم المضنية، فينشط الميكروب من خموده، ويأخذ في التكاثر والانتشار في مختلف أجزاء الجسم، مبتدئاً بالأعصاب فيميتها، ثم إلى الجلد فيشوهه.

كيف يمكن معرفة المرض:

أولاً: فقد الحساسية باللمس والحرارة:

يفقد جلد المصاب بالجذام الحساسية في كثير من المواضيع. وخصوصاً في الأطراف فلا يميز بين الأجسام الساخنة أو الباردة. وكثيراً ما تصيب أطرافه الحروق والتقرحات من جراء ذلك. وهذا العارض من أهم عوارض الجذام.

ثانياً: **البقع الجلدية:**

تظهر على الجلد بقع لونها أفتح قليلاً من اللون الطبيعي، وقد تكون هذه البقع متباعدة عن بعضها أو متصلة، ولكنها لا تكون بيضاء كما في مرض البرص. وهو مرض آخر غير مرض الجذام.

ثالثاً: **الأورام والدرنيات:**

تظهر على الجلد أورام في الأطراف فتبدو منتفخة ومحتقنة ويصبح الجلد نحاسي اللون سميكاً وتنتشر على الوجه والجذع والأطراف عقد أو درنات في حجم الحمصة أو الفولة. بارزة عن سطح الجلد، وكثيراً ما تتجعد عضلات الوجه وتبرز ويصبح شكل الوجه كثير الشبه بوجه الأسد وهو سبب تسمية هذا المرض بداء الأسد.

رابعاً: **سقوط شعر الحواجب:**

كثيراً ما يسقط شعر الحواجب تدريجياً، فيكتسب الوجه بذلك شكلاً خاصاً يلفت النظر.

خامساً: **انثناء الأصابع وتآكلها:**

يبدأ الانثناء أولاً في الأصبع البنصر (الأصغر) من أحد اليدين أو كليهما ثم يمتد إلى بقية الأصابع، ويطلق على اليد في هذه الحالة «اليد المتقلصة» اليد المأسدة.

ونظراً لفقد الإحساس في الأصابع، كثيراً ما تصاب بحروق من أثر ملامسة الأجسام الساخنة وتزمن التقرحات التي تنتج عنها. وأخيراً تفقد الأصابع كلية.

أنواع المرض

للجذام ثلاثة أنواع :

١ - جذام عصبي : هو الذي تفقد فيه الأعصاب حساسيتها. وتحدث فيه عوارض اليد المتقلصة (انثناء الأصابع) وسقوط شعر الحواجب والبقع الجلدية المتغيرة اللون وتفقد فيه الأصابع.

٢ - جذام درني : وهو الذي تظهر فيه الأورام والعقد وتضخم فيه ملامح الوجه. وهذا النوع أخطر أنواع الجذام.

٣ - جذام مختلط : وهو الذي تظهر فيه جميع العوارض سالفة الذكر. وهو لا يقل خطورة عن النوع الدرني.

درجة انتشار المرض :

وقد أقيمت عدّة مؤتمرات دولية للجذام وأولها عقد في مدينة برلين سنة ١٨٩٧ وآخرها السادس عقد في مدينة مدريد بأسبانيا سنة ١٩٥٣ - وقد ذكر به أن الإحصاءات تدل على أنه يوجد في العالم الآن نحو ٧ ملايين مجذوم في حاجة إلى العلاج.

في الهند وحدها ١.٢٠٠.٠٠٠ وفي مدغشقر ٤٠.٠٠٠
وأفريقيا مليونان ونصف مليون والبرازيل ٤٨.٠٠٠

وأسبانيا ٥٠٠٠، وغير هؤلاء وأولئك كثيرون في بقاع الأرض في أشد الحاجة إلى العلاج والرعاية الاجتماعية.

ويقدر المسؤولون في مصر بأن عدد المجذومين بها يبلغ نحو ٢٠.٠٠٠ مجذوم.

وسائل المكافحة والرعاية الاجتماعية :

وقد ذكر في المؤتمر الأخير للجذام بأن أنجح طريقة لمكافحة هذا الداء العضال واستئصاله بجانب الأخذ بالطرق الحديثة في العلاج هي ما يأتي :

١ - نشر الدعاية الصحية.
٢ - إنشاء المعازل والمستعمرات العامة للمرضى

٣ - مساعدة عائلات المرضى اثناء مرض عائليهم.

٤ - تأهيل المرضى وإعداد الذين تتحسن حالتهم. ويصبحون سلبيين لباسيل الجذام -ولا خطر من عدواهم- للعمل في الخارج كمواطنين عاديين.

٥ - حل المشاكل التي توجد بين المجذومين المعزولين وإحياء الحياة العاطفية بينهم، كالتصريح لهم بالزواج مع تعقيم الرجال بربط الحبل المنوي والتصريح لهم بتبني أطفال المجذومين... إلخ، مما لا نتعرض له بالشرح والإسهاب في هذا البحث الذي سنقصره على استعراض أهم الخصائص والظواهر السيكولوجية للمجذومين.

بعض الظواهر والخصائص السيكولوجية للمجذومين

وقد تبين مما سبق أن كلمة «المجذوم» تجعل المجتمع في كثير من الدول ينفر من الضحية البريء. ويعتقد الكثير أنه لولا أن الآلهة قد وجدته شخصاً شريراً لما غضبت عليه، وعاقبته وأبلته بهذا الداء العضال.

هذا الاعتقاد وهذه المعاملة القاسية جعلت «المجذوم» منبوذاً في العالم (إلاّ في قليل من الأمكنة التي قد يختلط فيها المجذوم بالجمهور نتيجة للجهل أو إهمال سكانها) ومن ثم يتولد عند المجذوم شعور مضاد لهذا المسلك من المجتمع، يسبب عنده تأثيراً عقلياً ونفسياً غير طبيعي، وأحياناً يتولد عنده اعتقاد بأنه عضو غير نافع للمجتمع بل ضار وأنه ما استحق أن يولد.

واشمئزاز المجتمع من الجذام، ونفوره من المجذومين ليس نتيجة العدوى الخطيرة، فإن التدرن (السل) أشد فتكاً وأخطر مراراً من مرض الجذام، ولكن الجمهور لا يخشاه، كما يخاف ويرتعب من الجذام -كما أن ضحايا الجذام أقل بكثير في نسبة الموت من أمراض أخرى لا يخشاها الناس مثل الأنفلونزا، ولهذا فإن بعض الدول كإنجلترا لا تحتم التبليغ عن المريض بالجذام ولكن تشويه الجذام وتنفير الأديان هو سبب رعب واشمئزاز الناس منه، ولو أنه مرض غير مميت ولكنه مزمن. والمجذوم قليلاً ما يكون طريح الفراش. ولذلك فإنه يغدو ويروح في المجتمع، وتطول فيه حياة المريض، إلاّ أن تشوهاته تزداد وضوحاً على مر الأيام.

وهذه التشويهات هي أهم الظواهر المعلنة بسر ونوع هذا المرض، فسرعان ما يكشف المجتمع أمر المجذوم. ويحس المريض مرارة وقسوة المجتمع عليه، علاوة على علة المرض. ولذلك نجد أن أول تغيير يحدث عند المجذوم نفسياً هو رغبته في الاختفاء حتى لا يثير هذه الموجة من الذعر.

وعند افتضاح وانتشار سره بين الناس بأنه مجذوم ، يجد أن الناس بل وحتى الأقربين إليه يفرون منه ، ويتباعدون عنه وينكرون قرابته ، إلى غير ذلك من ضروب النفور والاشمئزاز فيتولد عنده شعور بالنقص ، وصراع نفسي هائل. ويظل يكبت هذا الانفعال الأليم المرتبط بهذه المحنة في اللاشعور.

وكثيراً ما يحصل نتيجة لذلك أن يفقد المجذوم – بمجرد انتشار سر مرضه – عمله الذي يرتزق منه ، فتنهار مقاومته ، ويلاقي ألواناً متعدّدة من الحرمان والعذاب ومن ثم يفقد احترام نفسه ، وسرعان ما يتعود المعيشة على إحسان الغير.

هذه العوامل النفسية غالباً ما تسبب اعتلالاً جسدياً للمريض ، فتنهار مقاومة المجذوم أمام تيار المرض ومضاعفاته مما يجعل تشوهاته تزداد فيتسبب عنها ازدياد العقد الجذامية ، وبالتالي تزداد عقده النفسية ، وهكذا تتولد حلقة مفرغة.

وكل إنسان في الوجود له رغبات أساسية هي أن يكون مرغوباً ، وأن يكون محبوباً ، وأن يشعر بالأمن ، وأن يكون مرموقاً من الناس. والمجذوم مع الأسف كثيراً ما يفقد هؤلاء ، فهو منبوذ من المجتمع ، لا يسلم عليه أحد ، ولا يقترب منه . وخوف الناس منه يجعل من الصعب عليه التفاهم معهم ، فيحاول كل من السليم والمجذوم أن ينهي موضوع الحديث سريعاً . فتزداد آلامه وانفعالاته النفسية التي تكبت فينتج عن ذلك أن تزداد عصبيته وينفر منه المجتمع باعتبار أنه «شاذ» علاوة على رعبهم من مرضه المعدي ، وشكله المشوه المخيف الذي حذرت ونفرت منه جميع الكتب السماوية.

ويصبح المريض نتيجة لذلك يفسر معظم التصرفات (إن لم يكن كلها) معه كأنها ضده بالرغم من أنها تكون تصرفات سليمة جداً . فيبدأ في كره المجتمع والناس المحيطين به والأصحاء ، ويحسدهم على نعمة الصحة باعتبار أنهم خصومه.

ويرسخ في نفسه الاعتقاد بأن أقرانه أعداء له وأن المجتمع لا يفهمه ويسيء إليه ويسلبه حقوقه الإنسانية الطبيعية في الحياة والتمتع بها.

وتزداد فيه التشوهات وضوحاً مع الأيام ، فتنمو معها في طيات نفسه عوامل الشعور بالنقص فتؤدي به إلى العزلة والخوف (أحياناً) وفي الوقت نفسه تنمو عنده مشاعر العدواة والبغضاء وكره البشر والحسد والحقد الدفين نحو الناس أجمعين بشكل ظاهر ملموس ويصبح عدواً للمجتمع.

وهذا الاعتقاد وذلك الشعور هما التربة التي تنبت الثائرين على القانون من مجرمين ومتشردين.

ودرجت بعض الدول على سن تشريعات توجب عزل المجذومين (إجبارياً) أو (اختيارياً) في معازل ومستعمرات مع رعايتهم وعائلاتهم اجتماعياً.

وأسرعت مصر لكي تمشي مع ركب الدول المتقدمة، فأصدرت في سنة ١٩٤٦ القانون رقم ١٣١ وهو يقضي بعزل المجذومين (إجبارياً)، وقد كفل القانون في مادته رقم ١٥ رعاية الدولة لعائلات المجذومين الذين لا يستطيعون كسب عيشهم ولم تكن لهم أو لعائلهم المعزول موارد أخرى.

إلاّ أنه عند تطبيق أحكام القانون أهملت تلك المادة إطلاقاً (لعدم كفاية الموارد المالية في ميزانية الدولة)— بينما نفذت أحكامه الصارمة على المرضى الرجال الهاربين دون النساء.

ولم تكن الدولة قد أعدت عدتها قبل إصدار القانون بإنشاء المعازل والمستعمرات الكافية لاستيعاب جميع المجذومين الذين يقدر عددهم بنحو ٢٠٠,٠٠٠ فترتب على ذلك أن اقتصر عدد الحالات المعزولة على نحو ١٠٠٠ ألف مريض فقط في مستعمرتي الجذام بأبي زعبل والعامرية (وأصبحوا فيها بأمر البوليس والنيابة والقبض والسجن بعد أن كان معظمهم قد حضر للمستعمرة طواعية واختياراً وبناء على إلحاحه المستمر فراراً من المجتمع الخارجي القاسي).

وكان من أثر هذا العزل بالإضافة إلى ما تولد عندهم من عقد نفسية متعدّدة أهمها عقد النقص أن حرموا من أداء الوظيفة الجنسية البيولوجية. ولو أنه قد عم بعضهم كثيراً من الانحراف الجنسي نتيجة لهذا الوضع الشاذ، وزاد الكبت الجنسي والحرمان من حساسيتهم وشذوذهم، فأصبحوا دائمي التمرد والعصيان حتى أطلق عليهم المردة والشياطين.

فإذا أضفنا إلى هذا أن المجذوم يشعر بعد اتصاله المستمر بزملائه المرضى والوحدات الطبية أن داءه وبيل، وأجل المرض طويل، والبرء منه قليل، فسرعان ما يولد هذا الشعور وتلك الأحاسيس صراعاً انفعالياً في نفسه، وتوتراً يحد من قواه العصبية، وتبلغ الحدة بهذا التوتر وذلك الصراع مبلغاً يجعله يحاول الفرار من عالم الواقع فزعاً إلى الجنون أو الانتحار. أو يفقد التسيطر على قواه العقلية فيرتكب الكثير من الجرائم، وفي سجن المستعمرة التابع لليمان أبي زعبل عشرات من هذه الحالات.

على أنه قد لوحظ أن بعض الحالات تتحول إلى زهد تام في الحياة، وورع عجيب، ورعاية لزملائه المرضى، وهؤلاء هم غالباً ممن يحسون أن بلاءهم بهذا الداء العضال قد حل بهم نتيجة لإثمهم وإجرامهم وخروجهم عما نهى الله عنه. وهؤلاء يتمسكون بالدين تمسكاً شديداً لما في الدين من إرضاء لذاتهم العليا، ولما في صلواتهم

ووضوئهم وصيامهم وتهجدهم وإكثارهم من تلاوة القرآن من عون على التخفيف من شعورهم بالإثم.

وكثيراً ما لوحظ أن بعض المجذومين تقدموا للطبيب المعالج يشكون آلاماً كالصداع المستمر أو الاضطرابات المعوية أو حرقان بالجسم أو آلام روماتزمية أو صعوبة البلع أو الأرق الشديد أو ضيق في التنفس مع هبوط عام أو إجهاد وتعب. ولكن الفحص الطبي يثبت سلامتهم بدنياً، فيعطون بعض الجرع المسكنة (الإيحائية). وهذه الأعراض ترجع (في الغالب) إلى النزعات والانفعالات والصراع النفسي المستمر.

والمجذومون عموماً يكرهون كل إنسان يشعرهم بأنه يتأفف منهم حتى ولو قطب جبينه أو بدت على وجهه أي علامة من علامات الخوف والاشمئزاز.

وبملاحظة سلوك هؤلاء المجذومين عن طريق ما يقومون به من أعمال، وما يتفوهون به من أقوال، إذ ان القول عند الإنسان هو نوع من أنواع السلوك، نجدهم يتميزون بظاهرة عدم الرضا والملل مهما بذل لهم بالرغم من المجهودات الاجتماعية الطائلة بإشاعة جو المحبة والمودة بينهم كمرضى، وبينهم وبين إدارة المستعمرة وإدخال وسائل التسلية والترفيه المتعدّدة كإقامة حفلات وبين إدارة المستعمرة وإدخال وسائل التسلية والترفيه المتعدّدة كإقامة حفلات سينمائية دورياً لهم كل أسبوعين، وتمثيليات مسرحية من المسرح الشعبي وبعض الفرق الخارجية، وأخرى يقومون بها أنفسهم على مسرح كبير أعدوه بأنفسهم، والراديو، ومدرسة لمكافحة الأمية وأخرى للصغار يقوم الكبار منهم بالتدريس فيها، ومكتبة ومجلة يحررونها بأنفسهم وفرقة للكشافة وأخرى للمرشدات البنات وملاعب لكرة القدم وبنج بنج والعصي... إلخ، وفضلاً عن أنواع الترفيه التي تقدم لهم في المواسم والأعياد ورمضان كالكنافة والقطايف ولقمة القاضي والكعك وفوانيس رمضان ومختلف الألعاب في الأعياد للأطفال الملحقين بعزبة المرضى النساء... إلخ، فإنهم غالباً غير راضين عن وضعهم الحالي ويتلهون شوقاً إلى الحرية والخروج من أسر هذا العزل الإجباري، واضطهاد المجتمع، وحنينهم الدائم للأهل والوالدين، أو الخروج لإشباع رغبة جنسية، أو للانتقام من زوجة طلبت الطلاق واستجابت لها المحاكم الشرعية وتمتعت مع غيره وقد يكون غريماً قديماً له، وأخرى تعاني ألماً ممضاً لأن زوجها السليم طلقها وتزوج عليها، وعروس هجرها خطيبها لما علم بمرضها، فتذوب حسرة على شبابها وسوء طالعها في الحياة... إلى غير ذلك من المآسي الاجتماعية التي تولد آلاماً نفسية هائلة.

وأيقظ قانون العزل (سالف الذكر) في المرضى شعوراً قوياً بأن سلبهم حريتهم بعد أن فقدوا إحساسهم وكرامتهم، فازداد الكبت والصراع وغلى مرجل غيظهم.

وتصادف أن عزل بالمستعمرة أحد الضباط المتخرجين حديثاً من مدرسة البوليس (حيث اتضحت إصابته بمرض الجذام عند تقدمه للحصول على إجازة مرضية من القومسيون الطبي) فتكتل مع المرضى وقادهم (مدفوعاً بما اعتلج بنفسه واصطرع فيها من آلام بمجرد اكتشاف المرض عنده وانهيار حلمه في الحياة عقب تخرجه مباشرة خصوصاً لعلمه بأن فرص الشفاء من هذا الداء قليلة) إلى التذمر ولسخط فثاروا جميعاً على كل أنظمة المستعمرة برغم ما بذلته الإدارة من مجهود في تهدئتهم وحسن معاملتهم، وتمادوا في الاستهتار، وقاموا بإضراب عام في ١٩٥٢/٦/٢٨ وتحرشوا بالموظفين والأطباء وسبوهم وخرجوا عن حدود الأدب واللياقة حتى أثاروا الذعر بين الموظفين وعائلاتهم، واستمرت الثورة واعتصم المرضى داخل المستعمرة واستجاب أغلب المجذومين لزعمائهم في ثورتهم على القانون والأوضاع القائمة وقتئذ - ثم غادر بعضهم المستعمرة عنفاً إلى البلاد المجاورة مما اضطر الإدارة للاستعانة بالبوليس ونجم عن الثورة وفاة البعض وحبس الكثيرين منهم بسجن المستعمرة التابع للبمان، وحصل في حينه مثل ذلك في مستعمرة العامرية.

ويلاحظ أن المجذومين قد ثاروا لا لتعبهم أو جوعهم. فالمستعمرة أفضل بكثير لمعظمهم الذين كانوا يتسولون في الشوارع وعلى أبواب المساجد، وإنما ثاروا جزعاً وضيقاً وتبرماً من صرامة التشريعات التي حدت من حريتهم وعزلهم وحجزهم بالمستعمرة، فجعلهم جو الألم بفقد الحرية في حالة عدم أمن فأضربوا واعتصموا لذاتهم وتهديد سلامة حريتهم الشخصية.

وكان من آثار هذا التمرد والعصيان أن تفتحت الأذهان إلى ما نودي به بشأن بحث مطالبهم عن قسوة القانون فعمل على تلطيفه وسمح في مايو سنة ١٩٥٤ لأول مرة منذ تاريخ صدور القانون بالإفراج عن الحالات التي تصبح سلبية للباسيل لمدة سنة كاملة، على أن يترددوا على أقرب عيادات جذام خارجية بالقاهرة والأقاليم مرة كل ٣ شهور.

وقد لوحظ أن الكثيرين ممن خرجوا (وهم قلة للغاية) تنفر من التردد على العيادة المجاورة لبلادهم ويفضلون البعيدة عنها، فريض طنطا يفضل أن يتردد على عيادات القاهرة برغم ما يتكبده من نفقات حتى لا ينكشف أمره لأهليه بأنه ما زال موضع شك في شفائه. وهذا أكثر انتشاراً بين النساء، فقد لوحظ أنهن يترددن للعلاج على العيادات الخارجية في غير علم أزواجهن أو أقاربهن جهد المستطاع.

والغريب أن بعض من أتت لهم الحرية في ظل الإفراج لتحسن حالتهم وأصبحوا سلبيين وكانوا ضمن قادة التمرد والعصيان المنادين بالخروج - سرعان ما ترددوا طويلاً والتمسو البقاء بالمستعمرة، والأغلب الأعم أنهم آثروا ذلك خوفاً من تجربتهم قسوة الحياة الخارجية مرة أخرى خصوصاً وأنهم قد تأقلموا بالمستعمرة لأكثر من ٢٠ عاماً.

وقد لوحظ كثيراً أن المجذوم يفرح فرحاً شديداً لأي خبر عن عقار أو علاج جديد للجذام ولكن سرعان ما يعقبه خيبة أمل عظيمة عندما يجد أنها لم تحدث جديداً.

وما أن ظهرت العلاجات الحديثة من مركبات «السلفاترون» وبدت تباشير أثرها الملموس في الحد من التشوهات وتحسين مظهرها وفي سلبية الباسيل، حتى شاع البشر على المرضى وفاض بهم السرور وأقبلوا على هذا العلاج وألحفوا بجهالة في زيادة جرعاته بنفوس يملؤها الأمل العريض في البرء والشفاء من هذا الداء اللعين والخروج إلى العالم الخراجي كما خرج إخوان لهم من قبل ظلوا تحت العلاج عشرات من الأعوام.

وما إن وجد هذا الدواء المطلف وانفتح أمامهم باب الأمل في الخروج من المستعمرة حتى تقدموا بطلبات عجيبة جديدة سمعوا عنها أخيراً من أحدهم وتعلقوا بها وألحوا فيها إلحاحاً شديداً وهي إجراء عمليات جراحية لتجميل أنوفهم التي شوهتها العقد الجذامية وتحسين نوع الأطراف الصناعية ككفوف اليد والأصابع وغير ذلك. والوزارة تدرس هذه الرغبات بعناية للنظر في تدارك توفيرها.

ومرضى المستعمرة قد وردوا عليها من بيئات مختلفة من شتى أنحاء القطر، ولهم ثقافات متباينة، وقدراتهم متفاوتة في العمل كل حسب ظروف نشأته وذكائه ومرانه ومزاجه وميوله–فبعضهم قادر على الابتكار محب للعمل أو للرئاسة فتوليه قيادة جماعية أو فريق أو رئاسة عنبر أو مشيخة المسجد أو نظارة المدرسة أو أمانة المكتبة أو رئاسة فرقة الكرة أو الكشافة أو خولي المزرعة أو رئاسة الورش الهندسية... الخ، وبعضهم هادئ صبور، يتصف بالجمود والبلادة، وآخرون يتميزون بالعصبية والحساسية الزائدة، وغيرهم تخصصوا في السرقات، وتمتاز بأنها ذات طابع خاص متماثل مما يحتاج إلى دراسة إحصائية تحليلية واسعة حتى تبرز النتائج واضحة دقيقة.

والمأمول أن يعاد تعديل القانون بحيث يكون القبول بالمستعمرات اختيارياً وتزود بأخصائيين نفسيين ليتعاونوا كفريق مع الأطباء والاجتماعيين والإداريين الذين لا ينفرهم منظر المريض ليعيش المريض بينهم وزملائه المرضى في جو ملؤه العطف والحنان وحسن الاستقبال والتشجيع على عدم اليأس من حالتهم وتخليصه من مظاهر القلق لاكتساب ثقته ومعاونتهم النفسية، علاوة على إعطائه أجر مجز على العمل الذي يقوم به بالمستعمرة (بدلاً من الملاليم الحالية) لكي يعيد إليه احترام النفس وشعوره واهتمامه بالإقبال على العمل.

وقد وجد أن ذلك يعطي نتائج مدهشة في الشفاء ورفع الروح المعنوية وتعاون المرضى، والتفاني في الطاعة والنظام والشعور بالولاء للمستعمرة. وغالباً ما تكفي المستعمرات الناجحة نفسها بنفسها–وذلك بخلاف المستعمرات الإجبارية التي بالرغم من

إغداق المصروفات عليها فإن حالة المريض النفسية من حبس حريته، وبعده عن العالم الخارجي تؤذي حالته النفسية، إذ ان الحالة النفسية لا يعتمد على تشجيع الطبيب كما تعتمد على صراع المريض نفسه ورغبته الملحة في الشفاء بأن يجعل نفسه مرحاً ونشطاً.

ولا شك أننا إذا تمكنا من الظفر بثقة المريض، وتكوين علاقات ودية معه، فإننا بذلك نكون قد أرسينا أولى الأسس التي تقوم عليها خطة العلاج الطبي والنفسي.

- المراجع -

(أولاً) مرض القلب

1. Smith, C.H. & L.P. Sutton: *"Heart Disease in Infancy & Childhood".* (Appleton, N.Y., 1930).
2. Rauh, L.W.: *"The Incidence of Organic Heart Disease in School Children".* Am. Heart. J., XVIII (1939), 705-13.
3. *"Acute Rheumatism in Children in Relation to Heart Disease,"* H.M.S.O. No. 44, London, 1927.
4. Wilson, M.G., C.L. Linogg, and G.C. Crawford, *"Heart Disease in Children".* Am. Heart. J., IV. (1928) 164-95.
5. Ross, M. *"Mental Retardation Associated with Congenital Heart Disease".* J. Pediat., XIV. (1937), 21-24.

(ثانياً) الالتهاب السحائي

1. Matheson Committee, *"Epidemic Encephalitis".* Columbia U.P., N.Y., 1929.
2. Bond, E.D., *"After Histories of Persons Attacked by Encephalitis Lethargica".* Reports on Public Health and Medical Subjects, No. 49, H.M.S.O. London, 1928.
3. Bond, D., & K.E. Appel.: *"The Treatment of Behavior Disorders following Encephalitis".* (Commonwealth Fund, N.Y., 1931).
4. Gibbs, C.E.: *"Behavior Disorders in Chronic Epidemic Encephalitis".* Am. J. Psycist., IX, 1930, 619-36.

(ثالثاً) الصرع

1. Lennox, W.G.: *"Epilepsy"*, Ch. XXXI in Nelson New Loose-Leaf Medicine. (Nelson, N.Y., 32).
2. Sullivan, E.B., & L. Gahagan.: *"On Intelligence of Epileptic Children"* Genet. Psy. Monogs, XVII, 1935.
3. Gowers, W.R.: *"Epilepsy"*. Churchill, London, 1881.
4. Turner, W.A.: *"Epilepsy"*. McMillan, London & N.Y., 1907.
5. Fox, J.T., *"The Response of Epileptic Children to Mental and Educational Tests"*, Brit J. Med. Psy., IV, 1924.
6. Ninde, F.W.: *"The Application of the Auditory Memory Span Test to Two Thousand Institutional Epileptics"*. (Temple Press, Westchester, 1927).
7. Patterson, H.A. & D. Fonner.: *"Some Observations on the Intelligence Quotients in Epilehtics"*. Psycist-Quart., II, 1928.
8. Brown, R.R.: *"A Study of the Mental and Physical Traits of the Relatives of Epileptics"*. J. Appl. Psy., XIV, 1930.
9. Paskind, H.A., *"Extramural Patients with Epilepsy"*. Arch., Neurol. & Psychis., XXVIII, 1932.
10. Branham, V.C.: *"Epileptoid Reactions in Children"*. Am. J. Psychiat. LXXXII, 1926.
11. Bridge, E.M., *"Mental State of Epileptic Patient"*. Arch., Neurol. & Psychiat, XXXII, 1934.
12. Harriman, P.L.: *"The Ethical Discrimination of the Epileptic"*. J. Abn. & Soc. Psy., XXX, 35.

(رابعاً) زيادة الحساسية

1. Nilson, T.: *"Constitution and Allergic Manifestations. Sex-Age of Allergic Conditions"*. J. Allergy, V., 1934.
2. Balyest, R.M., *"The General Health and Mental Activity of Allergic. Children"*. Am. J. Diseases of Child., 1929.
3. Sullivan, E.B., *"Allergy in Relation to Intelligence and School Success in Children"*. J. Juv. Research. XIX, 1935.
4. Kling, C.: *"A Statistical Study of Neurasthenir and Allergic Symptoms"* J. Gen. Psy., X, 1934.

5. Thorndike, R.: *"A Note on the Relationship of Allergy to Neurasthenic Traits".* J. Gen. Psy., XVII, 1937.

(خامساً) السكر

1. Joslin, E.P., L. Dublin, and H. Marks, *"Studies in Diabetes Mellitus Characteristics and Trends of Diabetic Morality throughout the World".* Am. J. Med. Sci, CLXXXVI, 1933.
2. Miles, W.R., & H.F. Root, *"Psychological Tests Applied to Diabetic Patients".* Arch. Intern. Med., XXX, 1922, 767.
3. White, P., *"Diabetes in Childhood and Adolescence".* (Lea & Febiger, Phil, 1932).
4. McGavin, Schultz, Peden & Bowen, *"The Physical Growth of Intelligence and the Personality Adjustment of a Groups of Diabetic Children".* N. Eng. J. of Med., CCXXIII, 1940, 119-27.

(سادساً) الجذام

1. Leprosy Review, IX, 1., 1938.
2. Leprosy Review; IX, 2., 1938, (Leprosy in the Bible).
3. Leprosy Review, X, 2., 1939 (Some Mental Aspects of Leprosy).
4. Leprosy India, XV, 1., 1943 (The Psychological problem in Leprosy).
5. Leprosy in India, XXi, 1., 1949.
6. Ernest Muir, Leprosy.
7. Ernest Muir & E., Leprosy.

٨ - تقارير قسم مكافحة الجذام بوزارة الصحة.

الأمراض الجسمية النفسية (السيكوسوماتية)
Psychosomatic Disorders

مقدمة

زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالعلاقة المتبادلة بين الأمراض العضوية والصراعات النفسية. وقد أطلق على بعض الاضطرابات العضوية في عملياتها المرضية ولكن النفسية في منشئها، إسم الامراض الجسمية النفسية وهذه تشمل بعض حالات قرحة المعدة والتهاب القولون والارتفاع الأساسي في ضغط الدم والأرتكاريا والحساسية. ولا تزال معرفتنا بهذه الاضطرابات ناقصة، فإن بعض حالات قرحة المعدة مثلاً يمكن تعليلها فسيولوجياً، ولكن بعض الحالات الأخرى تكون أقرب فهماً بوجهة النظر النفسية، وكثيراً ما يكون من العسير تقدير الأثر النسبي لكلا العاملين لدى بعض المرضى.

وقد أدت دراسة الاضطرابات الجسمية النفسية إلى نظرة أكثر سعة بصدد العلاقة بين الصحة البدنية والعقلية، فالقلق والصراع لها كثير من الآثار المضاعفة على عدد كبير من الأمراض البدنية، في حين ان الطمأنينة تعين على جميع العمليات الشفائية تقريباً، والأطباء يزدادون إدراكاً بضرورة معالجة المريض كله ككائن بشري لا الاقتصار على معالجة علته.

أسباب الأمراض السيكوسوماتية:

لا شك أن العوامل النفسية والصراع العاطفي والإحباطات المتراكمة والتوترات الانفعالية المستمرة تكمن وراء هذه الأمراض، وكذلك الكبت الانفعالي وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة، والعدوان المكبوت واختزان الحقد والغيظ والشعور الطويل بالظلم. والضغط الانفعالي الشديد المستمر، واستدخال التوتر وتحويله داخلياً وتسلطه على عضو ضعيف، والخوف وعدم الشعور بالأمن، والقلق الشامل المستمر خاصة عند ما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي الحركي عنه. والحزن العميق على وفاة عزيز أو الطلاق أو الفشل. والمطامح غير الواقعية أو غير الممكن تحقيقها. والضغوط الاجتماعية والبيئية واضطرابات العلاقات الاجتماعية، والخلافات الأسرية وعدم السعادة الزوجية.

الاضطرابات النفسية الجسمية في أجهزة الجسم المختلفة :

اضطرابات الجهاز الهضمي :

قرحة المعدة (Gastric Ulcer)، وهي تنشأ من الوجهة الفسيولوجية عن أذى يصيب أنسجة المعدة من العصارات الهاضمة الحمضية وقصور هذه الأنسجة عن أن تلقى الحماية المناسبة من الغطاء المخاطي السوي. وفي بعض الحالات، تكون قرحة المعدة مصحوبة بتوتر وصراع لم يحل ولا يكاد يلقى التعبير. وتحدث القرصة، على نحو نموذجي في الرجال كثيري الشواغل أقوياء الدوافع الذين كبتوا المخارج الأخرى لصراعاتهم. وقد أثبتت عدة بحوث ودراسات تتبعية أن القرحة المعدية تصيب الأفراد الذين يتميزون بعدم الاستقرار الانفعالي، وأن القرحة تتماثل للشفاء لديهم بزوال الصراعات الانفعالية، أو يواجه الفرد حرماناً من إشباع حاجته للحب والرعاية. ويلاحظ أن القرحة أكثر شيوعاً لدى الرجال منها لدى النساء.

التهاب المعدة المزمن (Chronic Gastritis)، ويشمل أعراضاً معدية مختلفة مثل احمرار وتورم وانتفاخ الأغشية الداخلية للمعدة، وعسر الهضم، واخراج الغازات بكثرة وقرقرة الأمعاء، وآلام البطن.

التهاب القولون (Colitis)، ويشاهد فيه تناوب الاسهال والإمساك والتقلصات أو المغص وامتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط في البراز. وكذلك الامساك المزمن (Chronic constipation) والاسهال (Diarrhco).

التقيؤ العصبي(Nervous Vomiting)، يشاهد الغثيان والتقيؤ العصبي ويرتبط غالباً بالشعور بالذنب وكرمز لرفض الحمل أو مقاومة الرغبة في الحمل، أو قد يربط ببعض الممارسات الجنسية الفمية الشاذة.

وكذلك

فقد الشهية العصبي والشراهة وغيرها.

اضطرابات الجهاز التنفسي :

ينقطع التنفس برهة من الزمن في حالات الدهشة ويصبح متقطعاً أثناء الضحك أو البكاء، ويسرع التنفس أو يبطئ ويزداد عمقاً أو يصبح سطحياً تبعاً للحالة الانفعالية. ومن أهم اضطرابات الجهاز التنفسي **مرض الربو الشعبي** (Bronchial Asthma) ويطلق عليه أحياناً اسم الربو العصبي ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعيبات وتورم

أغشيتها المخاطية وزيادة إفراز الغدد المخاطية القصبية والشعور بالضغط على القفص الصدري وضيق الصدر والنهجان وصعوبة مرور الهواء من وإلى الرئتين. وتحدث النوبات عادة عقب أحداث انفعالية. وقد أوضحت الدراسات وجود هذه الحالة عند أفراد عانوا في طفولتهم من الحياة في أسر تعاني من القلق والحصار وعدم الشعور بالأمن والخوف المتواصل.

اضطرابات الجهاز الدوري :

الجلطة الدموية : وجد أخيراً ان هناك علاقة واضحة بين نسبة تجلط الدم والانفعال، وقد لوحظ أنه أثناء الشدائد أو الإجهاد النفسي تزداد كثافة الدم وتصبح قدرته على التجلط أكثر من الطبيعي وكثيراً ما نسمع أن فلاناً أصابته جلطة في الشريان التاجي للقلب بعد حادث نفسي معين، أو قلق نفسي شديد، وذلك لسهولة تكوين الجلطة في الشريان وانسداده، وحرمان القلب من الدم المغذي له.

الذبحة الصدرية : وهي عبارة عن تقلص في الشرايين التاجية يعوق سير الدم فيها مؤقتاً، وينتج عن ذلك نقص في تغذية عضلات القلب مما يسبب نقصاً في الأكسوجين اللازم لتمثيلها الغذائي، ويستتبع ذلك حدوث آلام في الصدر.

عصاب القلب (Cardiac Neurosis) :

من المعلوم أن قوة وسرعة ضربات القلب تتغير حسب الانفعال. وفي بعض التجارب التي أجريت على الطلبة وجد أن قوة اندفاع الدم من القلب قبل الامتحان يزيد لترين في الدقيقة عنه بعد الامتحان. ويبين ذلك لنا أثر الانفعال على القلب.

وعصاب القلب يعبر عن مجموعة أعراض نفسية المنشأ مجملها اضطراب عمل القلب، وأعراضه الخفقان واللغط وعدم الانتظام والألم وتشنج القلب، وقصر التنفس والتعب لأقل مجهود، ويصاحبه خوف الموت، وعادة ما نشاهد عوامل مرسبة مثل حدوث مرض بالقلب أو حدوث مرض قلبي لدى حبيب أو عزيز.

ارتفاع ضغط الدم : ثبت ان اختزان الحقد والغيظ والشعور بالظلم مدة طويلة قد أدى إلى حالات من ارتفاع في ضغط الدم الذي ليس له أصل عضوي. وان استمرار ارتفاع ضغط الدم يضع عبئاً ثقيلاً على الأوعية الدموية قد يؤدي إلى نزيف في المخ أو جهد زائد على القلب.

انخفاض ضغط الدم : ويصاحبه الإنهاك والعزوف عن أي عمل مرهق والرغبة في النوم. ويفقد المريض وعيه عندما يحدث انخفاض مفاجئ في ضغط الدم.

اضطرابات الجلد :

الجلد هو عضو الاحساس العام ويتصل بالجهاز العصبي وبالجهاز الدوري وبالجهاز الغددي، ويخضع للحالات الانفعالية، ويظهر عن طريقه التعبير الانفعالي الشعوري واللاشعوري، ويخضع للتأثير المباشر من الجهاز العصبي/الذاتي ويخضع للتأثير غير المباشر لنشاط الغدد. والجلد هو الغطاء الخارجي للجسم وهو واجهة الشخصية ومظهرها، أو حلقة الوصل بين الذات الداخلية وبين العالم الخارجي، ومن ثم فله أهمية خاصة عند الفرد. وقد يؤدي الشعور بالذنب إلى «تشويه الذات» في صورة أعراض نفسية جسمية في الجلد. ومن هذه الأمراض :

الحكاك (الحكة) أو الهرش (Pruritis) : ويعتبرها الكثيرون تعبيراً عن العدوان المكبوت والتوتر النفسي والدافع الجنسي وتعبر عن عقاب الذات كاستجابة للشعور بالذنب.

الأكزيما العصبية : وهي مناطق جلدية بها هرش شديد وتظهر غالباً في الرقبة وحول الحاجب وأعلى الصدر والأعضاء التناسلية.

التهاب الجلد العصبي (Neurodermatitis) : ويقال انه يرتبط بالرغبة الجنسية المكبوتة.

سقوط الشعر (الثعلبة) : ويكون محدوداً أو قد يشمل كل الرأس.

فرط العرق (Hyperhidrosis) : اتضح ان جميع الغدد المفرزة للعرق تنشط عادة في معظم الحالات الانفعالية (ويستدل على ذلك بواسطة الفعل المنعكس السيكوجلفاني (Psychogalvanic reflex). ويكون العرق غزيراً عادة في الكفين وبطن القدمين وتكون الأطراف باردة.

الشري (ارتيكاريا) (Urticaria) : وهي عبارة عن طفح جلدي، بشكل بثور ناتئة يسبب حكاكاً قد يكون شديداً. ويقال انها تمثل رمزياً البكاء المكبوت.

ومن الأمراض الأخرى حب الشباب في المراهقة والحساسية (Allergy).

اضطرابات الجهاز الغددي :

مرض السكر (Diabetes) : حيث يضطرب التمثيل الغذائي للجلوكوز ويرتفع مستواه في البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الانفعالي.

البدانة (السمنة المفرطة) (Obesity) : حيث يزيد الشحم في الجسم ويزيد وزن الجسم ٢٥٪ عن وزنه المعياري. ويقول البعض ان الشخص البدين يعاني من الحرمان ويكون لديه حاجة للحب والعطف والأمن وتقدير الذات يشبعها ويعوضها رمزياً بالأكل.

التسمم الدرقي (فرط إفراز الدرقية)(Hyperthyroidism) : حيث تتضخم الغدة الدرقية ويزيد إفراز هرمون الثيروكسين ويفقد المريض وزنه ويصبح متوتراً عصبياً وتجحظ عيناه ، ويبدو شكله كما لو كان منزعجاً. والحقيقة ان تسمم الغدة الدرقية يتأثر باضطراب الغدة النخامية ، وهي تفرز ضمن ما تفرز هرمونين ينشط أحدهما إفراز الثيروكسين والثاني يزيد من كمية الشحم خلف العينين وبذلك تبرز العينان إلى الأمام.

اضطرابات الجهاز البولي :

تتغير وظائف الكلية ، ونسبة الماء والأملاح في الجسم بتغير الحالة الانفعالية. فأثناء مراحل التوتر يقل إفراز الماء والأملاح من الجسم ، وعند استرخاء الفرد يزيد إفراز الماء والأملاح ، وبالتالي يكثر التبول. أما في حالات التهيج العصبي والخوف الشديد ، فتزيد نسبة التبول ويكثر افراز الصوديوم والبوتاسيوم من الجسم. وقد وجد أخيراً أنه في حالات الاكتئاب العقلي ، ونوبات الهوس أو الانبساط العقلي تزيد نسبة الصوديوم داخل الخلايا والماء في الجسم عنه في الحالات الطبيعية.

ومن أهم اضطرابات الجهاز البولي البوال (Enuresis) أو سلس البول وكثرة مرات التبول واحتباس البول.

اضطرابات الجهاز العضلي الهيكلي :

من المعروف أن للانفعال علاقة واضحة بالجهاز العضلي ، فمن مظاهر الغضب في القط مثلاً التكشير عن الأنياب ، والزمجرة والهجوم على العدو ، ومن مظاهر الخوف تقوس الظهر والعدو وتسلق الأشجار. ومن التغيرات العضلية البكاء والصراخ والأنين. ويلعب الخوف والقلق دوراً هاماً في زيادة توتر الجهاز العضلي والهيكلي. وعندما يزمن الخوف والقلق ويستمر التوتر ، فان الجهد العضلي الناجم عنه يكون مؤلماً. وقد تكون اضطرابات

الجهاز العضلي الهيكلي تعبيراً رمزياً عن استياء المريض من المسؤوليات التي تثقل كاهله. ومن أهم هذه الاضطرابات:

آلام الظهر (لومباجو)(Lumbago) : وتكون غالباً في أسفل العمود الفقري. وتظهر الآلام بصفة خاصة أثناء العمل والضغط والإجهاد الانفعالي.

التهاب المفاصل الروماتزمي (Rheumatoid Arthritis) : وأهم أعراضه ألم المفاصل وتورمها وصعوبة الحركة. ويشاهد أكثر لدى الاناث.

في الجهاز العصبي وأهمها:

الصداع النصفي (الشقيقة) (Migraine) : في حالات كثيرة من الصداع الدائم التي لم يكتشف لها سبب عضوي يفسر سبب هذا الصداع وهو غالباً في جانب واحد من الرأس – في ضوء نتائج الدراسات التي أوضحت أن هؤلاء المرضى يعانون من الإحباط والصراع المتصل. وقد وجدت حالات مماثلة لأفراد في القوات المسلحة كانوا قبل دخولهم العسكرية يعانون من حساسية زائدة وتوتر وعدم استقرار انفعالي زادت حدته وآثاره بعد تعرضهم للمواقف الحربية العنيفة

* * *

ويلاحظ ان هناك بعض المكاسب وراء المرض النفسي الجسمي، فقد يلجأ المريض إلى مرضه سعياً لتحقيق أحد المكاسب الآتية: التخلص – بعذر – من بعض المسؤوليات، والانتقام اللاشعوري من الآخرين، والاحتجاج اللاشعوري على الآخرين، وجذب الأنظار وشدة الاهتمام والعناية والعطف والمشاركة الوجدانية، والسيطرة على البيئة الاجتماعية.

وطبيعي ان الأمراض النفسية الجسمية تستعصي على العلاج الجسمي وحده أو العلاج النفسي وحده، ولذلك فمن الضروري الجمع بينهما، كما انه من الطبيعي علاج البيئة وأخصها الأسرة وعلاج الوالدين والارشاد النفسي للمريض وأسرته. فنحن هنا نهتم بالمرض وبالمريض وأسرة المريض والجماعات التي ينتمي إليها في العمل وخارج العمل.

الفصل الثالث عشر

سيكولوجية ضعاف العقول

مقدمة وتعريف :

«المعوقون عقلياً» أو «القاصرون عقلياً» هم أولئك الأفراد الذين توقف نموهم العقلي عند مستوى ادنى كثيراً من ذلك الذي يبلغه النمو العقلي لغالبية الناس. وكما يوجد بين الناس العمالقة والأقزام من ناحية النمو الجسمي، فهناك ايضاً العباقرة وضعاف العقول من الناحية العقلية.

وعلى ذلك فالضعف العقلي ليس مرضاً وانما هو حالة نقص في درجة الذكاء بحيث يجعل الفرق بين ضعيف العقل وبين الشخص العادي فرقاً في الدرجة وليس فرقاً في النوع. وهو يحدث ويمكن ملاحظته في مرحلة الطفولة ولا يصيب الفرد بعد مرحلة المراهقة.

اسباب الضعف العقلي في الأسر الوسط :

أولاً : عوامل مسببة للضعف العقلي قبل الولادة :

(أ) العوامل الوراثية :

ان ما كتب في هذا الموضوع يدل على أن الأسباب الوراثية مسؤولة عما يقرب من ٧٥٪ إلى ٩٠٪ من حالات الضعف العقلي.

وكما نعلم فان خصائص الضعف العقلي شأنها شأن باقي الموروثات تنتقل من الأجداد أو من الآباء وفقاً لقوانين الوراثة واهمها قانون مندل. ومن الدراسات التي

اثبتت وراثة الضعف العقلي دراسات وابحاث جودارد (Goddard) عام ١٩١٤ الذي تتبع تاريخ حياة عدد من الأسر، ومن أشهر الحالات التي درسها اسرة (كاليكاك). تزوج كاليكاك من امرأتين: الأولى كانت ضعيفة العقل والثانية على درجة كبيرة من الذكاء، وقد انجب من كلٍّ أولاداً أو بنات.

وعند تتبع ذرية كل فرع من النوعين السابقين اتضح له أن نسبة عالية من ذرية الزوجة الأولى كانت من طبقة ضعاف العقول بعكس ذرية الزوجة الثانية. وقد قام جودارد بدراسات أخرى ووصل إلى أن ٧٧٪ من مجموع حالاته توجد في اسرهم حالات اخرى من الضعف العقلي.

ووصل لارش عام ١٩٣١ إلى نسبة ٦٦٪، كما وصل نردجولد عام ١٩٢٩ إلى نسبة ٨٠٪، ووصل هو لنجورث عام ١٩٢٠ إلى نسبة ٩٠٪، وقد تحدث دراسة الضعف العقلي اما مباشرة عن طريق الجينات كما اسلفنا أو بطريق غير مباشر، فبدلاً من أن تحمل الجينات ذكاء محدوداً تحمل عيوباً تكوينية او قصوراً في بعض عمليات التمثيل الغذائي يترتب عليه تلفاً لأنسجة المخ أو تعويقاً لنموه أو وظيفته.

(ب) عوامل لم يثبت لها علاقة بالوراثة:

ومنها بعض الأمراض التي تصيب الأم في فترة الحمل تؤثر على الجنين وتؤدي لضعف عقلي مثل الزهري والحصبة الألماني والجدري والسعال الديكي وامراض القلب والكلى الحادة المصحوبة بارتفاع في ضغط الدم اثناء الحمل وكذلك بعض حالات التسمم أو النقص الشديد في بعض الفيتامينات في جسم الحامل أو ادمان المخدرات أو التعرض لأشعة أكس أو العلاج بالمواد المشعة كالراديوم أو النظائر المشعة.

ومن بين هذه الأسباب ايضاً اضطرابات الغدد الصماء وخاصة الغدة الدرقية والغدة النخامية.

يضاف إلى هذه حالات المنجول (Monogolism) والتي لا شك أن العامل البيئي اثناء الحمل هو العامل المسبب، الا أن هناك من الأدلة ما يشير إلى تدخل عامل وراثي لم يعرف طبيعته حتى الآن، وقد سمي هذاالنوع بهذا الاسم نسبة إلى الجنس المونجولي الذي يتميز بخصائص جسمية مشابهة، حيث الرأس مفلطح من الخلف والجبهة ضيقة والمسافة بين العينين قصيرة وحوَل في العينين ظاهر واذن غير كاملة النمو. كما يتميز المنجولي بالبدانة عادة والشعر الناعم وعمق في الصوت وجفاف في الجلد وكذلك اللسان.

ثانياً : عوامل بيئية اثناء الولادة أو بعدها :

(أ) اصابات المخ اثناء الولادة :

وهناك اسباب متعددة لاصابات المخ منها :

١ – الولادة القيصرية.

٢ – الولادة الجافة.

٣ – الولادة المبكرة.

٤ – الولادة المتأخرة.

٥ – الولادة العسرة واستخدام الجفت.

٦ – تشوهات الحوض.

٧ – التفاف الحبل السري.

٨ – توقف وصول الأوكسجين إلى مخ الجنين اثناء الولادة.

٩ – نزيف المخ.

(ب) اصابات المخ بعد الولادة :

١ – اصابات مرضية في الشهور الأولى بعد الولادة ، منها السعال الديكي والحصبة والالتهاب السحائي أو الحمى المخية الشوكية ، والتهاب الدماغ ، والحمى القرمزية ، والتهاب الغدة النكفية.

ولا تسبب هذه الأمراض تخلفاً الا اذا حدثت الاصابة في مراحل الطفولة المتقدمة وقبل المراهقة.

٢ – الصدمات الشديدة التي تؤدي إلى اصابات الجمجمة نتيجة السقوط أو الاصطدام بأجسام صلبة أو حادة أو الاصابة في حوادث الهدم والسيارات التي يشترط حدوثها قبل البلوغ.

٣ – التسمم نتيجة تناول مواد سامة مثل مركبات الرصاص التي تؤثر على الجهاز العصبي. وقد ثبت أن حالات من هذا النوع حدثت لأطفال نتيجة لعق ادوات أو لعب استخدم في طلائها مركبات الرصاص أو نتيجة استنشاق ابخرة الرصاص.

تقسيمات الضعف العقلي

جاء في تقرير مشترك لهيئة الصحة العالمية واليونسكو أن ضعاف العقول يصنفون إلى ثلاث فئات كما يلي :

١ – فئة المأفونين (Morons) وهؤلاء تتراوح نسبة ذكاء افرادها من ٥٠ – ٧٠ وتتراوح نسبتها بين ٥وا – ٥و٢٪ من افراد المجتمع ، وتؤلف مايقرب من ٧٥٪ من مجموع ضعاف العقول .

وهم قابلون للتعلم (Educables) ولكنهم غير قادرين على متابعة الدراسة في الفصول المدرسية العادية. فادراكهم لا يتجاوز ادراك طفل في العاشرة من عمره على احسن تقدير ، ولكن وضعهم تحت رعاية نفسية وتربوية خاصة يتيح لهم الفرصة للوصول إلى درجة محدودة من التعلم ، بمعنى انهم يستطيعون الحصول على ما يكفيهم من المعلومات والخبرات في حياتهم العادية وفي الحرف الفنية ، ويمكنهم الوصول إلى درجة من التكيف الاجتماعي والاقتصادي اذا وفرت لهم خبرات تدريبية مناسبة.

٢ – فئة البلهاء (Imbecils) وهؤلاء تتراوح نسبة ذكاء افرادها من ٢٥ – ٥٠ وتبلغ نسبتها ٤و٠٪ من افراد المجتمع وتؤلف ما يقرب من ٢٠٪ من مجموع ضعاف العقول .

وهم غير قابلين للتعلم ولكنهم قابلون للتدريب (Traimables) على أن يقوموا ببعض الأعمال اليدوية البسيطة والتي لا تتطلب أي مهارة فنية مثل العمل على النول أو بعض اشغال التجارة والخيزران والخزف والابرة والسجاد... كل هذا تحت اشراف وتوجيه مستمر من الكبار ، اذ ان هؤلاء الأطفال لا يزيد عمرهم العقلي عن ٣ – ٧ سنوات .

٣ – فئة المعتوهين (Idiots) وهؤلاء تقل نسبة افرادها عن ٢٥ وتبلغ نسبتها ١و٠٪ من افراد المجتمع ، وتؤلف ما يقرب من ٥٪ من مجموع ضعاف العقل ، وهم عاجزون كلية عن القيام بشؤونهم الخاصة أو حماية انفسهم ويحتاجون إلى رعاية كاملة طيلة حياتهم وإلى من يتعهدهم بالطعام والشراب وقضاء حاجتهم الضرورية وحماية انفسهم من الأخطار التي تهدد الحياة.

ولا يزيد عمرهم العقلي عند وصولهم إلى البلوغ عن طفل عمره ثلاث سنوات في احسن الأحوال. ومن الواضح أنه لا يفيد التدريب على حرفة مهما كانت بسيطة.

وبعضهم يفتقد القدرة على المشي أو مسك الأشياء. وبعضهم لا يستخدم من اللغة الا عدداً محدوداً جداً من الألفاظ، ويتأخر نطقهم إلى سن خمس سنوات أو أكثر، بل ان بعضهم يقتصر ما يصدر عنه من اصوات على الصياح والصراخ على طريقة الحيوان الأبكم.

تشخيص الضعف العقلي والتعرف عليه

يمكن أن نلخص خصائص العقول فيما يلي:

أولاً: الخصائص الجسمية:

اظهرت بعض البحوث أن النمو الجسمي للأطفال ضعاف العقول بطيء بالنسبة لتطور نمو الأطفال العاديين. انهم أكثر تعرضاً للأمراض، كما لوحظ أن بعض حالات الضعف العقلي يصاحبها اضطراب في المهارات الحركية أو ضعف في البصر أو السمع أو عدم تكامل نمو الاسنان والعضلات، ويبدو أن الضعف العقلي والعائق الجسمي نتيجة لسبب واحد هو اصابة المخ.

كما بينت بعض الدراسات أن الطفل ضعيف العقل لا يبدأ المشي قبل سن ثلاث سنوات أو اربعة، ولا يستطيع الكلام أو التحكم في الاخراج قبل اربعة أو خمسة اعوام من عمره، ولا يصل النمو الحركي للطفل الأبله أو المعتوه إلى مستوى النمو والاتزان الحركي للطفل العادي اطلاقاً، وتزداد نسبة عيوب المخ والكلام زيادة ملحوظة بين ضعاف العقول، ومن جهة الحواس فقد عرفت حالات ضعف عقلي متعددة تكاد تنعدم لديها حاستا الشم والذوق. ولهذا نرى أن بعض ضعاف العقول يأكلون كل ما يأتي تحت ايديهم دون تمييز أو تفرقة. وقد اجريت تجربة ميدانية على بعض ضعاف العقول في مؤسسة المطرية وتناولت الغذاء مع مجموعة منهم، وسألت البعض عن مذاق بعض المخللات (الطرشي) وبعض الحلويات (كنافة وقطايف) فكانت الاستجابة انها كلها سواء.

ثانياً: الخصائص العقلية:

ينجح ضعيف العقول في الأعمال اليدوية، ولكن لديه قصور واضح في الرموز المعنوية، فلا يسهل عليه مثلاً أن يقول ان ٢+٣=٥ ولكنه في بعض الحالات يستطيع أن يقول برتقالتين+ ثلاث برتقالات = ٥ برتقالات. وفي الأغلب أنه يضطر أن يحل الأخيرة على مراحل، أي يضيف برتقالة على الاثنتين فتصبح ثلاث برتقالات، ثم يضيف اخرى

فتصبح أربعة، ويضم الأخيرة فتصبح خمس برتقالات، ويجد ضعيف العقل صعوبة في تكيفه للمواقف الجديدة وخاصة اذا كان الموقف يتكون من عناصر متعددة.

والطفل ضعيف العقل ضعيف ايضاً في قدرته على التصور والتخيل وعاجز في قدرته على تكوين الروابط (فالمعروف أن هذه الأخيرة تأخذ احياناً على انها تعريف للذكاء: القدرة على ادراك العلاقات والمتعلقات).

كما انه لا يستطيع تركيز انتباهه ولا بد من مثيرات قوية لجذب انتباهه على أن يكون المثير حسياً لا لفظياً أو معنوياً، فالمعنويات لا محل لها في تفكيره، وبالتالي فليس لديه القدرة على التعميم، فاذا حذرته من لمس جهاز ما لأنه خطر فليس معنى ذلك أن الجهاز المجاور المماثل خطر ايضاً، فقصور القدرة على التفكير ومتابعته هو الطابع المميز لضعيف العقل. وطبيعي أن هذا مرتبط بتحصيله اللغوي.

وكذلك الكلام يعتبر عملية معقدة عند ضعيف العقل لما فيه من ارتباطات فكرية كثيرة، وهو يسترسل في احاديث عديمة الهدف بلا انقطاع إلى أن يوقفه شخص أو شيء ما.

وضعيف العقل ضعيف الارادة ايضاً، ولذ فهو قابل للايحاء ومن السهل انقياده، ولذا فان سهولة الاغراء تسهل استخدامه في تنفيذ خطط والمنحرفين للسرقة والتسول والانحرافات الجنسية وما اليها.

التعرف على ظاهرة التخلف العقلي:

اتخذ علماء النفس المظاهر السلوكية كوسيلة أو محك للتعرف على الطفل المتخلف عقلياً، واختلف الباحثون بالنسبة لنوع المظاهر السلوكية التي يستخدمونها للتعرف على التخلف العقلي، فيستخدم بعض مظاهر القدرة العقلية المعرفية العامة -كما تقاس باختبارات الذكاء- كمحك للتعرف على هذه الحالات، ويرفض بعضهم استخدام هذا المحك، ويفضل استخدام مظاهر (النضج الاجتماعي والتكيف النفسي والتوافق الشخصي) كما تبينها المقاييس الخاصة بذلك، وقد يفضل البعض الآخر استخدام القدرة على التعلم، وقد يستخدم آخرون «بالسلوك التواؤمي»، بينما قد يرفض بعض علماء النفس استخدام محك واحد، مفضلين استخدام عدد من المحكات، فيأخذون بمجموعة مما ذكرناه كوسائل متعاونة للتعرف على التخلف العقلي.

(أ) الذكاء كوسيلة للقياس الفعلي :

اتخذ بعض العلماء نسبة الذكاء كأساس لتشخيص التخلف العقلي ، وقد غالى البعض منهم في الاعتماد على هذه النسبة إلى درجة انهم سمحوا لأنفسهم بالتصنيف إلى ضعف عقلي كل من تقل نسبة ذكائه عن ٧٠ حتى ولوكانت ٦٩ ، بينما يجتاز هذا الموقف كل من يزيد عن ٧٠ حتى ولوكان ٧١ ، ومعنى ذلك انهم يفترضون الدقة المتناهية في اختبارات الذكاء ، وهذا غير صحيح بطبيعة الحال .

وفي الواقع فاننا لا نستطيع الاعتماد على اختبارات الذكاء اعتماداً كلياً للتعرف على حالة الضعف العقلي ، بل لا بد أن يستخدم معها وسائل اخرى حتى يكون التشخيص دقيقاً .

وعند استخدامنا لمقاييس الذكاء كأحد الوسائل فلا بد من اختيار الاختبارات المناسبة ، فليست كل الاختبارات صالحة لضعاف العقول ، وليست كلها صالحة لفرد معين ، حيث قد يشكو من ضعف السمع مثلاً أو القدرة على التآزر الحركي ، وهذا كثير الحدوث بين هذه الفئة ، والمهم أن يكون الاختبار متصفاً بالصدق والثبات والموضوعية والقدرة على التمييز ، كما ينبغي أن تكون له معايير دقيقة ، وان استخدام مجموعة من مقاييس الذكاء المناسبة يؤدي إلى نتائج أكثر دقة .

(ب) النضج الاجتماعي وقياس التخلف العقلي :

يقصد بالنضج الاجتماعي قدرة الفرد على انشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية ، وهذا ما يتخذه بعض العلماء كدليل للتعرف على المستوى العقلي للشخص ، وبالتالي للتعرف على ظاهرة التخلف العقلي ، وعرفوا التخلف العقلي بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزاً عن مواءمة نفسه مع البيئة ومع الأفراد العاديين بصورة تجعله دائماً في حاجة إلى رعاية وحماية خارجية .

الاعتماد على أكثر من دليل :

يضع بعض العلماء عدة شروط تحدد الضعف العقلي ، فهم يصفون المتخلف عقلياً بأنه :

– غير كفء اجتماعياً ومهنياً ولا يستطيع أن يدير شؤون نفسه .

- أقل من العاديين من الناحية العلمية.

- بدأ تأخره العقلي منذ الولادة في سن مبكرة.

- يرجع تأخره العقلي لعوامل تكوينية، اما وراثية أو نتيجة لمرضه.

- وحالته لا تقبل الشفاء ثبت بالدليل القاطع أنها حالة ضعف عقلي.

ومن ذلك كله يتضح لنا ضرورة تعدد المحكات المستخدمة في عملية التعرف على ظاهرة الضعف العقلي، وذلك للأسباب الآتية:

١ - التخلف العقلي يحدث في نواح متعددة منها القدرة العقلية العامة والقدرة على التحصيل والنضج الاجتماعي. فلا بد أن يتوافر لدينا الدلائل التي تشير إلى التخلف في جميع هذه النواحي. ومعنى ذلك انه ينبغي ان نعتمد في تشخيصنا على عدة محكات وأن يتعاون في التشخيص الطبيب والأخصائي النفسي والاخصائي والاجتماعي واخصائي التربية الخاصة والطبيب النفسي واخصائي التأهيل.

٢ - ان كل مقياس معرض للخطأ، وقد يساعد تعدد المقاييس على تلافي هذه الأخطاء أو التقليل من أثرها. وعلى ذلك فان تشخيص حالات الضعف العقلي لا بد أن يتم على اساس استخدام عدة وسائل اهمها:

١ - الفحص النفسي بما في ذلك اختبارات الذكاء اللفظية واختبارات الاداء واختبارات النضج الاجتماعي واختبارات الشخصية.

٢ - دراسة التاريخ المدرسي والاستعانة باختبارات التحصيل.

٣ - دراسة التاريخ الشخصي للطفل الذي يتضمن النمو والتطور الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي.

٤ - تاريخ الأسرة الذي يتضمن تحديد حالات الأمراض وانواع القصور الجسمي والعقلي في الأسرة.

٥ - الفحص الطبي الشامل.

٦ - دراسة الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل.

٧ - ملاحظة الطفل، وهذه سنتحدث عنها بشيءٍ من التفصيل.

ملاحظة الطفل :

ان الأسلوب السليم يتطلب ايداع الطفل في احدى (دور التربية الفكرية) لملاحظته عن قرب ، لفترة اسبوعين مثلاً ، وتسجيل جميع الملاحظات غير العادية ، والاستفسار عنه من الجميع وخاصة من الأبوين.

وقد امكن اعداد استمارة لتسجيل الملاحظات بحيث تمكننا من استخراج القاصرين عقلياً والتي وضعها مصمماها للأطفال الذين تتراوح اعمارهم بين ٨ سنوات و ١٢ سنة وتوصلا إلى أن الطفل الذي يحصل على ١٠ درجات فأكثر ينبغي أن يحول إلى الأخصائيين ليقوموا بتشخيص حالته بحيث يقوى الشك اذ ذاك في انه من القاصرين عقلياً.

وفيما يلي صورة هذه الاستمارة :

المجموعة الأولى(*) :

١ – انحراف الجمجمة شكلاً وحجماً.

٢ – تشوهات واضحة في شكل الأرجل أو الأيدي أو الآذان أو أي جزء آخر في الجسم.

٣ – تعبير الوجه يتميز بالجمود أو أن الوجه غير معبر.

٤ – الصوت خشن وعميق.

٥ – توجد صعوبات في النطق والكلام غير مفهوم أو به بعض الأجزاء التي يصعب فهمها ، مع تمتع الطفل بقدرة سمعية طيبة.

٦ – يبدو مبتسماً ولطيفاً في جميع الأوقات والمواقف المناسبة وغير المناسبة.

٧ – يتميز بسمنة زائدة في قصر القامة وبروز البطن.

المجموعة الثانية :

١ – كثير الحركة لا يستطيع أن يستقر في مقعده كبقية الأطفال.

٢ – يحرك يديه دائماً ويحرك رأسه ناظراً حوله.

(*) عبد السلام عبد الغفار. وهدى برادة : «التعرف على حالات التخلف العقلي» صحيفة التربية ، القاهرة ، مارس ١٩٦٦ ، ص٧٤–٧٥.

٣ – طريقة سيره غير متزنة ، ويلفت النظر .

٤ – تسهل استثارته ، وقد يحطم ما تتناوله يده .

٥ – قد يتعدى على غيره من الأطفال بالضرب أو العض بدون سبب أو لسبب بسيط .

٦ – يندفع إلى خارج الفصل بدون استئذان .

٧ – هادئ جداً .

٨ – منعزل دائماً ، ولا يشترك مع غيره من الأطفال في اللعب .

٩ – لا يرد عدوان المعتدي ، وقد يبكي .

١٠ – يبدو دائماً كما لو كان سرحاناً .

المجموعة الثالثة :

١ – لا يستطيع أن يفهم شرح المدرس بعكس بقية الأطفال .

٢ – وقد لا يستطيع أن يفهم بعض الأوامر أو التعليمات البسيطة .

٣ – لا يستطيع القيام بالعمليات الحسابية البسيطة ، وقد يستخدم اصابعه في حلها .

٤ – لا يستطيع أن يرسم دائرة .

٥ – لا يستطيع أن يرسم مربعاً .

٦ – لا يستطيع أن يرسم ماسة .

٧ – ليست لديه قدرة على تركيز الانتباه كغيره من الأطفال .

٨ – يبدو انه سريع الملل .

٩ – ذاكرته ضعيفة جداً .

١٠ – لا يستطيع اعادة أي مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة :

٧ – ٩ – ٦ – ٣ ، ٨ – ٥ – ٧ – ٢ ، ٩ – ١ – ٨ – ٤

١١ – لا يستطيع اعادة أي مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة :

٥ - ٧ - ٣ - ٦ - ٢ ، ٩ - ٢ - ٤ - ٨ - ٢ ، ٣ - ٦ - ٩ - ١ - ٥

١٢ - متأخر في جميع دروسه ولا يرجى له تحسن.

١٣ - يبدو كما لو كان مستواه الدراسي أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل.

دور المدارس في التعرف على الأطفال المعوقين عقلياً:

ان المدرس بحكم اتصاله المستمر بتلاميذه في الفصل تتاح له الفرصة الوقوف على أي شذوذ عند التلاميذ، فاذا شك في حالة احد التلاميذ فواجبه يقتضي تحويله فوراً إلى جهات الاختصاص: مكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية حيث يتواجد فريق المتخصصين (اخصائي نفسي، طبيب، اخصائي اجتماعي) الذين يمكنهم اصدار القرار أو قد تحول الحالة إلى احدى العيادات السيكولوجية اذا وجدت للتأكد من الحالة، فان ثبت انها حالة ضعف عقلي، فان المدرس بذلك ينقذ التلميذ حيث يحصل على رعاية مبكرة فتكون اجدى له ولمستقبله، كما ينقذ باقي تلاميذ الفصل من سلوكه، اذ ان وجوده بينهم يعتبر عاملاً معوقاً لهم.

ومن المظاهر والأعراض التي تدل على احتمال وجود ضعف عقلي عند التلميذ بالاضافة إلى ما سبق أن ذكرناه:

١ - مظاهر واعراض في الأداء العقلي:

صعوبة الفهم - ضعف مستوى التحصيل - عدم القدرة على مجاراة بقية الأطفال - ضعف القدرة على الانتباه والتركيز الذهني - ضعف القدرة على التذكر والاستفادة من الخبرات السابقة في المواقف الجديدة.

٢ - نواحي ضعف وقصور جسمية:

عيوب أو صعوبة في النطق والكلام - ضعف في السمع أو البصر - ضعف التآزر الحركي - احياناً قصور أو ضعف أو تأخر في النمو الجسمي - احياناً شلل في الأطراف.

٣ - مظاهر سوء التكيف:

وهناك بعض اضطرابات نفسية قد تصاحب التخلف العقلي مثل القلق أو الذهول أو الانطواء أو العدوان أو السرحان أو القصور الخيالي غير العادي (الهلوسة)، كما أن سهولة الانقياد تعتبر في المظاهر المألوفة.

وعلى المدرس أن يكون حذراً غاية الحذر في الحكم على الطفل بأنه متخلف عقلياً. انه يلاحظ فقط ثم يحول الحالة لمن يملك حق اصدار القرار بحكم التخصص.

برامج التربية الخاصة للمعوقين عقلياً

ان الهدف الرئيسي من هذه البرامج هو معاونة المعوقين عقلياً – في حدود ما منحته الطبيعة لهم من قدرات وامكانيات وفي ضوء خصائصهم واحتياجاتهم ليصبحوا مواطنين صالحين منتجين معتمدين على انفسهم، فيتحولون بذلك إلى فئة منتجة بدلاً من أن يظلوا عالة على اسرهم ومجتمعاتهم. وان اهم المبادئ التربوية التي ينبغي مراعاتها في التربية الخاصة للأطفال المعوقين يمكن تلخيصها فيما يأتي:

١ – المبدأ العام للتربية عموماً والذي نادى به «جون ديون» التعلم عن طريقة العمل» (Learning by doing).

٢ – العمل على تنمية معلومات الطفل عن طريق الادراك وتدريب الحواس المتعلقة بالبصر والسمع واللمس والذوق والشم والحاسة العضلية.

٣ – ربط الموضوعات ببعضها البعض في مجموعات طبيعية مما يجعل مضمونها اسهل فهماً على الأطفال، ويعمل على تقوية وتحسين ارتباط الأفكار بعضها ببعض.

٤ – العناية الزائدة بالمبدأ العام في التربية وفي علم النفس والذي ينادي بضرورة مراعاة الفروق الفردية حتى اثناء التعليم الجماعي.

٥ – وكذلك العناية بأن يكون التعليم وظيفياً (Functional) فحينما يشعر الطفل اثناء التدريب المهني بأنه محتاج لتعلم بعض الحسابات البسيطة مثلاً فانه يتعلمها لكي تخدمه في اداء الوظيفة أو التدريب الذي يقوم به.

التربية البدنية:

يتخذ الجزء الأكبر من التربية البدنية للأطفال المعوقين عقلياً طابعاً شكلياً متضمناً التمرينات الصوتية الايقاعية والمشي على خطوات منظمة عند اعطائهم اشارات معينة.

هذا وللتربية البدنية اهمية خاصة للأطفال المعوقين عقلياً للأسباب الآتية:

١ – المعوق عقلياً في حالة ماسة لتنمية جسم ملائم عن طريق التدريب الجسمي، فينمو نمواً منسقاً إلى حد ما.

٢ – التربية البدنية تساعد على تنمية التناسق الحركي أو القدرة الحركية

٣ – التربية البدنية تنمي عند الشخص الحكم والارادة، وكذلك القدرة على التحمل والاتصال بالآخرين والتفاعل الاجتماعي.

٤ – التربية البدنية تعمل على تربية الثقة بالنفس حيث يأتي الطفل للمدرسة مملوءاً بالمخاوف من الفشل في المشي أو الجري أو صعود السلالم أو غير ذلك، فتأتي التربية البدنية للتخفيف من حدة هذه المخاوف.

٥ – التربية البدنية تعود الطفل الاعتماد على النفس في مزاولة النشاط اليومي المعتاد، كالغسل والأكل واللبس، وغير ذلك.

٦ – التربية البدنية تساعد الطفل في اعمال المدرسة طالما أن بعض هذه الأعمال يتضمن العمل اليدوي والرسم والكتابة.

الفن :

يتخذ الفن الواناً متعددة منها الرسم والنحت وأعمال الخزف وغيرها، وكلها وسائل يعبر بها الطفل عن افكاره وعن مشاعره. هذه علاوة على أن في هذا النشاط كله تناسقاً بين العين واليد، وأن انتاج الطفل في هذه النواحي يساعد كثيراً على تشخيص حالته النفسية، وهناك ارتباط كبير بين الفن والكتابة والمفاهيم المختلفة.

الكلام :

لما كان الأطفال المعوقون عقلياً يعانون من قصور في الكلام لسبب أو لآخر فانه يجب العمل على تنمية الكلام عن طريق التدريب الكلامي كجزء اساسي في المنهج، ويرتبط بتدريس الموضوعات الأخرى.

العمل اليدوي :

اهداف العمل اليدوي تشبه إلى حد ما اهداف التربية البدنية، فهو يساعد على تركيز الانتباه وتنمية الميول وقوة الارادة والثقة بالنفس، والقدرة على التصور البصري، والقدرة على التعبير عن الأفكار، وتكملة عمل من الأعمال والتبصر بنتيجته.

ويتضمن العمل اليدوي فلاحة البساتين وتخطيط الملاعب وما اليها مما تتطلبه الحياة اليومية داخل المؤسسة أو المدرسة، هذا علاوة على نشاطهم في المهن المختلفة.

تأهيل المعوقين عقلياً

ان أي برنامج لتربية وتأهيل الأطفال المعوقين عقلياً يجب أن يوجه نحو تحقيق الأهداف الثلاثة الآتية :

أولاً التوافق الشخصي والانفعالي :

ان برامج التربية والتأهيل تهدف إلى اعداد الطفل للحياة عن طريق الحياة وهذا يتطلب منه مقدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية الصحيحة . ان معظم المعوقين معروف عنهم الاعتداء على الغير ، وما هذا السلوك الا لعدم توافقهم الشخصي وشعورهم بالنقص ، فلو زودناهم بمجموعات من المهارات التي تساعدهم على التوافق الانفعالي ، فان هذه الظاهرة تخف كثيراً وقد تتلاشى .

ثم ان هذا التوافق يمهد لزيادة النمو والنضج الانفعالي فيتقبل ذاته ويحقق أكبر قدر ممكن من التوافق مع نفسه ومع المجتمع من حوله ، ويمهد السبيل لتنمية طاقاته ، ويضمن له الاستفادة من الخبرات التي تقدم له في أي مكان .

ثانياً : التوافق الاجتماعي :

يجب أن يكون من اهدافنا تشجيع الطفل على أن يستقل بشخصيته مستقبلاً ، ولكن هذا الهدف البعيد ينبغي العمل على الوصول اليه تدريجياً حتى يتم نضجه في حدود امكانياته ، فلا نطالب بأي وقت بتوافقات لا تتمشى مع ظروفه أو المرحلة التي يمر بها ، وأن نساعده على التكيف للمواقف المختلفة بما يؤدي إلى المستوى الملائم من النضج الاجتماعي .

ثالثاً : التوافق الاقتصادي :

من اهدافنا ايضاً تحقيق الاستقلال الاقتصادي المناسب للفرد عندما يصبح شخصاً بالغاً ، وهذا يتوقف على تعليمه وتدريبه على مهنة مناسبة ، كما ستتحدث عن ذلك فيما بعد ، ولكن يتوقف ايضاً على تحقيق التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي ، وقد ثبت أن الكثيرين من ضعاف العقول لا يتركون اعمالهم أو وظائفهم لنقص في مهاراتهم اليدوية بقدر ما هو بسبب عدم النضج الانفعالي وسوء التوافق الشخصي وسوء العلاقات الاجتماعية مع الزملاء والرؤساء .

والواقع أن الأهداف الثلاثة المشار اليها ليست مستقلة عن بعضها البعض تماماً كما

ألمحنا، ولكنها مترابطة ببعضها البعض كل الارتباط، وينبغي أن يرسم البرنامج التعليمي التأهيلي ليعمل على تحقيق هذه الأهداف متكاملة.

وفيما يلي بعض الاحتياجات الأساسية التي يمكن أن يسعى إلى تحقيقها مثل هذا البرنامج :

١ - تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق الاشتراك في المواقف والخبرات الاجتماعية المناسبة المتكررة.

٢ - تحقيق التكيف والتوافق الانفعالي والاستقلال الذاتي في الأسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل للصحة النفسية.

٣ - تنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة عن طريق برنامج متكامل للتربية الصحيحة يتضمن بالاضافة إلى ذلك اكتساب المهارات اللازمة لاتقان وتجنب الحوادث، مثل أخطار المرور والحريق والتسمم والجروح وغيرها.

٤ - اكتساب المهارات الأساسية للقراءة والكتابة والحساب عن طريق برنامج تعليمي مناسب.

٥ - تعليم الطفل ليكون عضواً في أسرة ومجتمع أكبر عن طريق برنامج ثقافي يؤكد مقومات الاسرة والوطن، ويعتمد على المشاركة والمساهمة في مواقف مشوقة.

٦ - اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية. مثل استخدام المواصلات والتعامل بالأرقام... الخ...

٧ - اكتساب القدرة على شغل وقت الفراغ عن طريق برنامج للنشاط الترفيهي.

٨ - الاعداد المهني للالتحاق بعمل مناسب يضمن تحقيق قدر معقول من الاستقلال الاقتصادي والتوافق المهني عن طريق برنامج توجيه وتدريب مهني يتفق مع قدرات الطفل العقلية ونواحي القصور الجسمي الأخرى.

الاعداد المهني لضعاف العقول

طالما أن هؤلاء الأطفال ليسوا متفوقين في النواحي التعليمية كالقراءة والكتابة والحساب، فان احسن برنامج لهم هو إلحاقهم في فصول التربية الفكرية.

وهدفها الأساسي هو العمل على توجيه الطفل في اسـ ـ كائه – ذلك الذكاء

المحدود - بأفضل طريقة ممكنة، وليس الهدف بأي حال تحسين ذكاء هذا الطفل أو تحويله من طفل ضعيف العقل إلى طفل عادي أو قريب من العادي، وانما القصد والهدف هو تربية الطفل مجدداً (Re-education) أو اعادة تربية الطفل بطرق واساليب خاصة تمكنه من استغلال ذكائه احسن استغلال، وتجعل منه مواطناً صالحاً نافعاً بقدر الامكان.

وتعني هذه التسمية ايضاً أن طرق التعليم في المدرسة الابتدائية العادية، وكذلك الاساليب التي اتبعت مع الطفل في المنزل، لم تفلح غالباً في تهيئة الطفل لاكتساب كل ما يمكن له أن يكتسبه من معارف ومهارات وخبرات وثقة بالنفس، ولربما تكون قد اسهمت - على العكس من ذلك - في تعميق شعور الطفل بالعجز والدونية لقصوره عن اللحاق بأخوته في البيت وأقرانه في المدرسة. ومن اهم ما تلجأ اليه المؤسسات أو معاهدة التربية الفكرية هو إلحاق الأطفال في فصول أو ورش تعدهم للنواحي التعليمية والمهنية، وقد تلحقهم في فترة تالية ببعض الحرف والصناعات اليدوية في السوق الخارجي* بهدف التدريب قبل التشغيل.

.وقد بينت الدراسات أن الاطفال المعوقين عقلياً لم يكون مهرة بدرجة كافية في الأعمال التي التحقوا بها، وذلك لافتقارهم الى التدريب والى حاجتهم إلى تكوين عادات واتجاهات مهنية ملائمة.

ويسير برنامج اعداد الأطفال المعوقين عقلياً للمهن المختلفة في خمس خطوات:

١ - التعريف بالعمل: فيزود الأطفال بقدر من المعلومات عن المهن والتحليل والمهني ومدى اهمية تلك المهن للفرد والمجتمع.

٢ - التوجيه والارشاد: وهو أن يوجه الطفل إلى بعض الأعمال التي تتفق مع استعداداته وقدراته، مع كشف الأعمال الأخرى المساعدة له في مجال عمله.

٣ - التدريب المهني: فيدرب الطفل على المهارات اليدوية الخاصة بالعمل الذي وجه اليه والمهارات الأخرى المصاحبة لها والتي تفيده في العمل، فضلاً عما يكتسبه من العادات والاتجاهات الضرورية لنجاحه في عمله.

(*) ويجري حالياً في مركز المطرية بالقاهرة دراسة مقارنة بين الأطفال الذين يعملون في ورش محمية Sheltered workshops ومن يعملون في السوق الخارجي.

٤ - مساعدة الطفل في ايجاد عمل له.

٥ - مساعدة الطفل على المواءمة مع العمل الذي يحصل عليه، وأن يصل إلى درجة طيبة من التكيف الشخصي والاجتماعي.

ولقد اثبتت بعض الدراسات أن هناك من ٦٠ - ٨٠٪ من العمال يفقدون عملهم بسبب نقص برامج التدريب والاعداد المهني. ولذلك يجب أن يتضمن برنامج التأهيل المهني ايضاً مساعدتهم على تحقيق صحة نفسية سوية وعدم السهو والاهمال والعناية بالمظهر، والعادات السليمة في العمل التي تساعدهم على تجنب الحوادث، وتكون علاقات طيبة مع الزملاء في العمل، وتوجههم إلى افضل وسائل العمل على تحقيق السعادة في الحياة، وكيف يكونون مواطنين متجاوبين مع المجتمع.

الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين عقلياً

كيف يمكن أن نساعد الأطفال المعوقين عقلياً على التكيف للمواقف المختلفة بطريقة فيها استقلال، خالية من الإشراف والتوجيه المباشر، معتمدين فيها على أنفسهم؟ هذا هو السؤال الذي يواجهنا الآن، وهو يتضمن أننا نساعد الطفل على التوافق دون أن يبذل مجهوداً كبيراً.

والواقع أن مشكلة الطفل المعوق تعتبر مشكلة اجتماعية قبل أن تكون مشكلة تعليمية، وسنتناول هنا مبادئ الصحة النفسية التي يجب مراعاتها في تربية هذه الفئة من الأطفال، والتي تبصر الآباء والمربين بأفضل الطرق التي تساعد الطفل على أن يتكيف تكيفاً معقولاً.

وقبل أن نحدد السمات التي تتميز بها شخصية الطفل المعوق عقلياً يجدر بنا أن نذكر في شيء من الإيجاز الحاجات الأساسية لهذا الطفل لنرى إلى أي حد تحدد الظروف المحيطة به بالإضافة إلى قصوره الذاتي، معالم هذه الشخصية:

أولا: الحاجة إلى الأمن:

إن حاجة الطفل المعوق عقلياً تعتبر ضرورة من الضروريات، وذلك لكثرة ما يتعرض له من مواقف إحباطية، وما يترتب عليها من مشاعر الفشل، فالطفل المعوق عقلياً يشعر دائماً بالخيبة عدما يعجز عن القيام بما يطلب منه من أعمال في المواقف الاجتماعية المختلفة.

ثانياً : الحاجة إلى الانتماء :

وكثيراً ما نجد أن الجماعة – بسبب قصوره وعجزه وكثرة فشله – تهمله ، بل وقد يصل الأمر بها أن تسخر منه ، والأدهى من ذلك والأمرّ أن الأسرة أحياناً لا تعترف به ، فتصطحب الأم معها في الزيارات إخوته وتحرمه هو من ذلك حتى لا يتسبب لها في أي حرج ، وبذلك يشعر بأنه مخلوق مهدد نفسياً واجتماعياً ، كما يشعر بالحاجة الشديدة إلى الانتماء .

ثالثاً : الحاجة إلى العمل والنجاح :

وهذه حاجة ثالثة يشعر الطفل المعوق عقلياً بالرغبة في إشباعها . فالجميع يكلفونه بأعمال سواء في المنزل أو في المدرسة دون إدراك منهم لإمكانياته الواقعية ، والنتيجة أنه يفشل في أدائها ويكظم غيظه وتبدأ سلسلة من المشكلات بسبب هذا الفشل . ولا يجوز أن نهمله ولا نكلفه بعمل . إنه يريد أن يعمل العمل المناسب الذي يستطيع أن ينجح في أدائه .

أما تلك المواقف التي يتعرض لها الطفل المعوق فإنها تؤدي إلى صراعات كثيرة دون الوصول إلى حلول ملائمة مما يزيد الأمر تعقيداً ويصعب تكيف الطفل إزاءها . ومن أهم مظاهر عدم تكيفه هذا ، قيامه بكثير من ألوان السلوك غير المقبول مثل :

(أ) العدوان : وهذا العدوان قد يكون جسمياً أو لفظياً أو اجتماعياً ، ويأخذ في كل حالة مظاهر شتى ، فهو يضرب غيره من الأطفال ويكيل لهم الشتائم ويقرب هذا ويبعد ذاك ، مما يؤدي إلى كهربة الجو الاجتماعي الذي يعيش فيه .

(ب) انحراف سلوكه : وهذه تأخذ أشكالاً متعددة مثل الغش والسرقة وما يصاحبهما من كذب وشجار ، وما إلى ذلك .

(ج) العزلة : أي الانسحاب من المجتمع نتيجة عدم الشعور بالأمن .

(د) الحركات الصبيانية الصغيرة والمظاهر السلوكية التي تدل على عدم النضج (تطليع اللسان ، تلعيب الحواجب ، حركات مختلفة باليد أو الأصابع إلخ ...) .

من ذلك يتضح أن رعاية الطفل المعوق يجب أن تقوم على أن تحقق له أكبر قدر ممكن من الشعور بالأمن والشعور بالانتماء والشعور بالنجاح ، كل ذلك يساعده على النمو النفسي في حدود إمكانياته ، ومن هنا تبدو أهمية برامج الصحة النفسية في رعاية وتربية المعوقين عقلياً .

وسنذكر فيما يلي بعض مبادئ الصحة النفسية التي يجب مراعاتها في هذا المجال :

١ - ضرورة التخطيط الجيد لأنواع النشاط المختلفة التي تساعد على القضاء على السلوك غير المرغوب فيه. ويبدأ المدرس بوضع تخطيط شامل متكامل للموقف ككل، ثم يبدأ في تخطيطات فرعية ضمن إطار التخطيط العام، فمثلا يضع تخطيطاً عاماً لجميع ألوان النشاط وتنظيمها ومدة كل منها. إلخ... ثم نفرض أنه لاحظ تأخر التلاميذ في الحضور صباحاً، فقد يعيد النظر في خطته بحيث يجعل في البداية النشاط المحبب جداً لدى الأطفال، وبذلك يحرصون على المجئ مبكراً.

٢ - ضرورة تعويد الأطفال على الاعتماد على أنفسهم كلما أمكن ذلك، ويقوم المدرس أو المشرف بدور قيادي للمجموعة. وهذا يتطلب اتباع مبدأ المشاركة أو الاشترك في وضع الخطط وفي تنفيذها وفي وضع التعليمات وفي حل المشكلات وفي توقيع الجزاءات على من يخرج منهم على النظام المتفق عليه.

ويجب كذلك العمل على تشجيعهم لإنجاز ما يتعهدون بانجازه، ولا ريب أن التشجيع يعتبر دافعاً قوياً على زيادة العمل وزيادة الإنجاز.

ويعمل المدرس أو المشرف معهم في وضع أحكام وقواعد ومبادئ وأسس للجماعة تلتزم بها ويلتزم كل عضو في الجماعة بالخضوع لأحكامها.

٣ - لا بد من مراعاة ميول هؤلاء الأطفال وأخذها في الاعتبار، والعمل على تنمية خبراتهم، وبذلك تزداد أمامهم فرص النجاح، وليس هناك دافع على النجاح أقوى من النجاح نفسه. فبذلك تعمل على تنمية الدوافع والميول.

٤ - كذلك يجب أن تكون المواد التعليمية التي يتعلمها هؤلاء الأطفال مناسبة في درجة صعوبتها، إذ لو ارتفع مستواها عن حدود إمكانياتهم فإنهم ينصرفون عنها ولا ينتبهون إليها بل وينفرون منها. لا بد وأن تكون المادة المعطاة مثيرة لاهتماماتهم وبالتالي تثير انتباههم، وكذلك ينبغي تغيير المادة بسرعة مناسبة حيث يصعب على مثل هؤلاء الأطفال تركيز انتباههم لفترات طويلة.

٥ - وهذا التغيير والتنويع لا يقتصر على المادة فقط بل على طريقة العمل أيضاً وأساليبه. هذا ويراعى أن تكون فترة العمل النظري كالقراءة أو الحساب قصيرة للغاية بالنسبة لفترة العمل اليدوي فهو محبب إليهم، ويكون الانتقال من النظري إلى اليدوي ثم النظري، وهكذا... وأن يكون الجو السائد هو جو اللعب، فتعطى دروس كثيرة في

الملعب أو في المزرعة أو في حظيرة الدواجن أو في ورشة الخزف إلى غير ذلك مما يؤدي إلى كثرة الإقبال مع زيادة الاهتمام.

٦ - وانطلاقاً من المبدأ السابق، فإنه لا بد من إخصاب بيئة المدرسة أو المؤسسة أو المعهد وإثرائها ثقافياً يجعلها تضم حظائر للدواجن وبركة للبط والإوز وبعض الأسماك، والمزروعات المختلفة ومنها الخضر والفاكهة والحبوب والزهور. إن من المهم جداً أن تقع عين الطفل بصفة متكررة على المشاهد الحية حتى تكون هذه الخبرة الحسية نقطة انطلاق في توسيع معلومات الطفل العامة.

وليس المقصود أن يكتفي بالنسبة لهذه الأشياء بالمشاهدة وحدها، بل إن الخطة التعليمية يجب أن تتضمن أن يقوم الطفل بنفسه بزراعة بعض البذور وتعهد النبات بالإسقاء وتغذية الدواجن وتتبع الحيوانات والنباتات في تكاثرها ونموها، وخلال ذلك كله يقوم المعلم بمعاونة الطفل على تسجيل ما يستطيع تسجيله من تاريخ بذر البذور أو فقس البيض أو أسماء الحيوانات والمزروعات وبهذا يتحقق ربط الدراسات النظرية بالخبرة الحية المباشرة، كما يصبح الطفل مشوقاً مشدوداً إلى المدرسة وما يقوم فيها من نشاط.

٧ - وتمشياً مع نفس المبدأ أيضاً، فإن الزيارات التي يقوم بها الأطفال إلى المحلات العامة والمؤسسات القائمة في البيئة تحتل جزءاً هاماً من تعليمهم، مع مراعاة اتفاق هذه الزيارات بطبيعة الحال مع المستويات العقلية المختلفة للأطفال.

٨ - الفردية مبدأ هام جداً للجميع ولكنه أكثر أهمية بالنسبة للأطفال المعوقين، فكل فرد منهم في حالة تحتاج إلى فهم خاص، وتخطيط خاص وبرنامج خاص لرعايته.

٩ - هنا نؤكد مرة أخرى على مبدأ ضرورة شعور الطفل بالنجاح من خلال ما يكلف به من أعمال. وهذا لا يتأتى إلا باتباع المبدأ السابق وهو النظر إليه كفرد له إمكانيات خاصة تجعل التكليف بالدراسة أو العمل مناسباً أو غير مناسب.

١٠ - وهذا النجاح لا بد وأن يتبعه تقدير من المدرس أو المشرف وبعض العبارات التشجيعية، فتلك حاجة ضرورية لأي إنسان في أي مستوى، ولكنها هنا أكثر أهمية، حيث ان الطفل هنا محتاج للشعور بالثقة وللشعور بالرضا. وواجبنا يقتضي أن يسمع منا كلمة تشجيع على أي تصرف كان أو أي سلوك مقبول، مهما كان بسيطاً.

١١ - ينبغي أن يكون كلام المدرس في الفصل أقل ما يمكن، لأن كثرة الكلام أو الكلام المستمر يجعل الأطفال ينصرفون عنه.

١٢ – لا داعي إطلاقاً لا ستخدام لغة التهديدات لأنها تدعو إلى النفور وتخلق روح العداء.

١٣ – إن أسلوب التشجيع بالمكافآت أفضل من الالتجاء إلى العقوبات ، وأسلوب المدح أفضل من الذم واللوم والتأنيب والتوبيخ والتقريع ، وأسلوب الترحيب أفضل من الغضب والابتسامة (الريق الحلو) أفضل من الضيق.

١٤ – تشجيع الأطفال الخجولين المنطوين الذين ينسحبون من الجماعة يحتاجون إلى تشجيع وإعادتهم للجماعة وتكليفهم بأعمال مناسبة وإدماجهم في الجماعة بحيث تنشأ بينهم علاقات اجتماعية ملائمة.

ولا بد من بذل جهد خاص لمعاونة الأطفال على اكتساب العادات الاجتماعية التي تساعدهم على الاندماج في المجتمع واحترام حقوق الآخرين وحب التعاون. ويقتضي ذلك خلق المواقف التي يتمرس فيها الأطفال بالمشاركة والاخذ والعطاء ، ولا بد بطبيعة الحال من التدرج في هذه المواقف بما يتمشى مع مستوى النضج الذي بلغه الأطفال ومع حالاتهم الفردية.

١٥ – لما كان الكثيرون من هؤلاء الأطفال يتمتعون بأذن موسيقية وولع شديد بالإيقاع وقدرة على ترديد الألحان البسيطة ، فإنه يمكن استغلال ذلك في أمور كثيرة، منها التدريس ، فبدلا من إعطاء درس الدجاجة أو البطة بالطريقة التقليدية ، فإن الأطفال ينشدون أغنية عن البطة أو الدجاجة بسيطة التأليف والتلحين ، ولا بأس من اقتران الغناء بتمثيل الحركات التي تأتيها البطة أو الدجاجة بما يتناسب مع ألفاظ الأغنية ، ولا بأس أيضاً من أن توضع أمامهم خلال ذلك صورتها أو مجسم لها.

وقد تبين أن الأطفال يجيدون استخدام الأدوات الموسيقية النحاسية كالمثلث والصاجات والشخاشيخ وما إليها إذا صحبتهم معلمتهم في العزف على البيانو ، وقد لوحظ أن الأطفال يكونون أسعد ما يكونون خلال دروس الموسيقى والأناشيد ، كما يكتسبون ما نشاء لهم أن يكتسبوا من معلومات مبسطة بطريقة مشوقة حية.

١٦ – ومن الأمور الأساسية أيضاً أن نهتم اهتماماً خاصاً في دور التربية الفكرية بحاجة أطفالها إلى اللعب والنمو الحركي ، وهي حاجة تزيد على حاجة الأطفال الآخرين إلى ذلك وخصوصاً مع تأخرهم النسبي في النمو الجسمي بصفة عامة ، وهنا يجب أن تحتوي المؤسسة على شتى أنواع الأراجيح والدراجات والسيارات الصغيرة التي يلهو بها هؤلاء الأطفال في بعض يومهم. وهناك حاجة كذلك إلى التدريبات الرياضية التي يقوم بها

الأطفال بمساعدة المختص والتي يجب في حالات بعضهم أن تطوع بما يتناسب مع صعوبتهم الحركية الخاصة.

على أن اللعب يمكن أيضاً أن يستخدم استخداماً تعليمياً خاصاً-كما هو الحال بالنسبة إلى الموسيقى-مع الأطفال المتخلفين عقلياً، وفي إحدى التجارب مع بعض هؤلاء الأطفال أمكن الجمع بين لعب الأطفال وتسليتهم من ناحية وبين تعميق إدراكهم بالأدوار الاجتماعية لبعض أشخاص البيئة من ناحية أخرى.

فقسمت مجموعة الأطفال في هذه التجربة إلى فريقين، فكان أفراد أحد الفريقين يقومون بتمثيل الجزئيات المختلفة في النجار مثلا تمثيلا صامتاً، بينما يحاول أفراد الفريق الآخر اكتشاف الحرفة المقصودة، فإذا نجحوا في ذلك أخذوا في مطاردة أفراد الفريق الأول في الملعب. ويتبادل الفريقان التمثيل الصامت والاستنتاج لعدد من الحرف والمهن المألوفة... وعن طريق هذه اللعبة وأمثالها، يمكن معاونة الأطفال على زيادة فهمهم للأدوار الاجتماعية لشرطي المرور ورجل المطافئ والطبيب والممرضة وغيرهم من العاملين في البيئة المحلية (*).

١٧ - ويحتل التمثيل دوراً هاماً أيضاً في اكتساب الأطفال لعدد من الخبرات والمهارات الهامة، وخاصة إذا كان التمثيل تلقائياً لا يعتمد على التلقين وعلى الإعداد السابق، وقد أمكن في بعض المرات اكتشاف مشكلات الأسرة والمشكلات الانفعالية لبعض الأطفال خلال قيامهم بالتمثيل التلقائي لأدوار الأب والأم والأفراد الآخرين في الأسرة... وإذا أدخلنا في الاعتبار صعوبة اكتشاف أمثال هذه المشكلات عن طريق الحديث العادي مع الطفل بالنظر إلى نقصه العقلي، فإن التمثيل التلقائي-أو ما يسمى بالدراما النفسية-يقدم لنا وسطاً جديداً في التعرف على هذه المشاكل.

تلخيص:

يمكن تلخيص أهداف ومبادئ رعاية ضعاف العقول التي ينبغي أن تتمسك بها المؤسسات وفصول التربية الفكرية فيما يلي:

(أ) تمكين ضعيف العقل من الاستقلال بنفسه في العناية بأموره الخاصة، ومن إتقان الممارسات العادية التي يحتاجها في حياته اليومية.

(*) انظر صموئيل مغاريوس «الأساليب التمثيلية في تربية وعلاج ضعاف العقول» في صحيفة المغربية، مارس ١٩٥٦.

(ب) الكشف عن مواطن القوة والاستعدادات الخاصة بكل طفل وإعداده لأن يكون مواطناً نافعاً عن طريق تنمية استعداداته الخاصة.

(ج) العمل على توسيع خبرة الطفل بجعل بيئة المؤسسة التعليمية غنية قدر الإمكان بالمؤثرات الحسنة والمشاهد الطبيعية الحية.

(د) إعداد الطفل لمزاولة حرفة بسيطة يمكن أن يرتزق منها مستقبلا.

(هـ) العمل على أن لا يصبح الطفل ضعيف العقل اجتماعياً قدر الإمكان.

البَابُ الثالِث

سيكولوجيّة الأمراض النفسِيّة والعقليّة

الفصل الرّابع عشر

سيكولوجيّة مرضى العصاب

الأمراض النفسية أو العصاب (Psychoneurosis)

تعريـف :

الأمراض النفسية أو العصاب مجموعة من الاضطرابات الوظيفية - التي لم يكتشف لها سبب عضوي - والتي تصيب الشخصية ، وتبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية شتى ، وتعتبر مظاهر خارجية لحالات من التوتر والصراع اللاشعوري وتؤدي إلى اختلال جزئي يصيب أحد جوانب الشخصية.

ويخلط البعض بين الأمراض النفسية العصابية وبين الأمراض العصبية العضوية (Organic Nervous Disorders) التي تنشأ عن تلف أو إصابات معينة تلحق بالنسيج العصبي (الخلايا والألياف العصبية) نتيجة اضطرابات هرمونية أو تلوث ميكروبي. والواقع أن العصاب ليس له علاقة بالأعصاب ، وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب في الجهاز العصبي.

ويظن البعض أن الأمراض العصابية النفسية لا تختلف عن الأمراض العقلية الذهانية أو الجنون (Psychosis) إلا في الدرجة فقط بمعنى أن الأمراض العصابية ما هي إلا حالات مخففة من الأمراض الذهانية ، ولقد أثبت العلم الحديث خطأ هذا الزعم. والواقع أن هناك فروقاً متعددة بين النوعين ، فالأمراض العصابية ترجع غالباً إلى عادات تكيفية غير سليمة تنتج من عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي الناشئ عن القلق أو الشعور بالذنب. أما الاضطرابات الذهانية فهي اضطرابات خطرة على الشخصية تجعل

صاحبها خطراً على نفسه وعلى المجتمع ويعمي المرض بصيرته بينما العصابي يتميز بأنه متصل بالواقع ولديه مقدرة على التبصر في أمور نفسه وتقدير حالته ومعرفة نواحي شذوذه ويسعى إلى علاج حالته. وعلى ذلا فالأمراض النفسية العصابية حالة جزئية لا تغير نظرة المريض إلى العالم الخارجي كلية كما تفعل الأمراض العقلية الذهانية التي تغير شخصيته تغييراً كلياً، وتقطع صلته بالواقع وتتركه في عالم خاص من الأوهام.

ويتميز المصابون بالأمراض النفسية (العصاب) بالإضافة إلى السمات التي تميز كل نوع منها ببعض السمات المشتركة والخصائص التي أهمها عدم النضج، وعدم الكفاية والضعف وعدم تحمل الضغط وبخس الذات والقلق والخوق والتوتر والإعياء والتمركز حول الذات والأنانية وضعف الثقة في الذات واضطراب العلاقات الاجتماعية والجمود ونقص البصيرة وعدم الرضا وعدم السعادة والحساسية النفسية.

والشخصية العصابية تؤدي بصاحبها إلى سوء التوافق النفسي مما يؤثر تأثيراً سيئاً على قدرة الشخص على ممارسة حياة طبيعية مفيدة ويعوقه عن أداء واجبه كاملاً، ويعوقه عن الاستمتاع بالحياة.

وبالرغم من ذلك فإن السلوك العام للمريض وان كان مضطرباً فإنه يظل في حدود العادي، أو تكون غرابته معقولة لأنه يساير المعايير الاجتماعية. والمريض يحافظ على مظهره العام ويهتم بنفسه وبيئته ويشعر بمرضه ويعترف به ويرغب في العلاج والشفاء ويتعاون مع المعالج.

وإن معظم حالات العصاب قابلة للعلاج النفسي وتصل نسبة التحسن والشفاء إلى ٩٠٪ أو أكثر. وكثير من الحالات تشفى تلقائياً (حوالى ٤٠ – ٦٠٪ من الحالات) حيث يحدث تغير في حياة المريض.

نماذج من الأمراض النفسية المعروفة

١ – الهستيريا (Hysteria)

الهستيريا مرض نفسي يتميز بتحول الصراع النفسي إلى صورة اضطرابات بدني أو عقلي دون أن تكون هناك علل عضوية يمكن أن تسبب هذه الاضطرابات، وهذه الاضطرابات هي في الواقع بمثابة محاولات للهروب من الصراع النفسي وللتخلص من القلق الذي ينشأ عنه. فالمريض بالهستريا إذن إنما هو شخص يهرب من القلق بالالتجاء

إلى الاضطرابات البدنية والعقلية التي تكون مفيدة نوعاً ما من وقايته من آلام القلق.

الأعراض البدنية :

(أ) أعراض حسية كالعمى الهستيري وقد يكون كاملاً أو جزئياً ، بمعنى أنه قد يشل حالة الإبصار فيؤدي بها إلى العجز الكلي ، أو يكون جزئياً بشكل اضطرابات تجعل المريض يرى في بعض المواقف ويعجز عن الإبصار في غيرها.

وقد تظهر الأعراض الحسية بصورة فقد الإحساس في منطقة معينة من الجسم ، أو زيادتها بدرجة غير عادية . والأعراض الحسية الهستيرية لا تنشأ عن تلف أو إصابة في أعضاء الحس أو الأعصاب المتصلة بها أو مراكزها في المخ . وقد تظهر الأعراض بشكل نوبات هستيرية من قيء أو فقدان الشهية أو دوار أو أعراض ربو كاذب أو جوع كاذب قد يمثل جوعاً إلى الحب أو جوعاً جنسياً يزاح فيه الانفعال الجنسي ويحل محله الجوع للطعام ويستعاض عن الإشباع الجنسي بالإشباع الغذائي.

(ب) أعراض حركية : وهذه قد تظهر في صورة شلل هستيري يصيب فجأة أجزاء من الجسم (كإصابة الأرجل أو أصابع اليد التي تحدث للجنود في أثناء المعارك الحربية) . وقد تظهر في صورة تقلصات وتشنجات تصيب بعض عضلات الجسم في أوقات معينة وبصورة فجائية ، وقد تظهر بصورة «أزمات عصبية هستيرية» وهي حركات لا معنى لها ولا لزوم لها . أو تظهر بشكل نوبات هستيرية تصيب المريض بحالة ذهول أو العزوف عن الكلام أو التوهان أو سهولة الانقياد أو تصل إلى حالة إغماء تام . وقد تظهر الأعراض في صورة فقد القدرة على الكلام كلياً أو جزئياً لفترة قد تطول أو تقصر.

الأعراض النفسية :

وهذه تظهر بصورة فقدان الذاكرة كلية ، أو بالنسبة لحوادث معينة تتصل بمواقف مُحيطة أو مؤلمة أو دوافع رفضها الضمير. وفي ذلك تجاهل رمزي لتلك الدوافع والمواقف المؤلمة.

وقد تبدو الأعراض النفسية بصورة نوبات ضحك أو صراخ أو بكاء أو حزن متصل دون سبب ظاهر.

ولا شك أن كل هذه الأعراض تهدف إلى الإشباع والتعبير الرمزي للدوافع والنزعات المكبوتة التي تبرأ منها العقل الواعي والتي منعت عن أهدافها. وفي هذه الأعراض

أيضاً تدعيم لكبت هذه الدوافع ومنعها من الظهور في أفعال مستقبحة فتقوم تلك الأعراض بمهمة وقاية الذات ومنعها من الاستسلام لهذه الدوافع والإبقاء على شعور الفرد بكرامته واعتباره أمام الغير وإنهاء الصراع بين الرغبات وإعفاء النفس من التبعات والارتباطات التي لا يستطيع أو لا يرغب الفرد في القيام بها.

أسباب المرض :

إن العوامل المسببة للهستريا قد تكون فشلاً في التوافق في أي جانب من جوانب الحياة أو بسبب صراع أو كبت أو إحباط نتج عن صورة من صور الحرمان، فبدلاً من أن يحاول الشخص مواجهة الموقف للتغلب عليه يلجأ إلى السلوك الهستيري، وتتخذ اضطرابات الانفعالية لنفسها مسالك جسمية تجد فيها وسيلة للتعبير عن نفسها، وهي بهذا تكون حيلة لا شعورية تسمح للفرد بالهروب من الموقف المشكل، أو حمايتهم أو يجني من ورائها ربحاً أو على الأقل تبريراً لانسحابه وإحجامه عن تحمل المسؤولية.

ولا شك أن للإصابة بالهستيريا عوامل ممهدة رسخت لدى الفرد في طفولته وأدت إلى تكوين شخصيته الهستيرية وعدم تكاملها، ومن هذه العوامل الخجل والاعتماد على الغير وخداع الذات والقابلية للاستهواء والحرمان من الحب والحنان والرعاية. وقد تكون نتائج لسوء التربية الأولى التي تعتمد على كثرة التدليل والإطراء والحماية الزائدة وعدم التدريب على تحمل المسؤولية.

الهستيريا التحويلية :

وأهم أنواع السهتيريا هي الهستيريا التحويلية (Conversion Hysteria) ومن أعراضها الشلل والاختلاجات التي تصيب عضواً أو أكثر أو الألم المستديم أو المتقطع ،ومن أسبابها :

١ - الرغبة في الهروب من موقف اشتدت وطأته على المريض، فقد يشعر المرء مثلاً، بأن عمله فوق طاقته وأنه يتطلع إلى تركه، ولأنه لم يصل إلى سن التقاعد بعد بما لا يسمح له بالاعتزال قبل الأوان أو تظهره بمظهر الإخفاق فيبدو عليه المرض الذي يبرر له استقالته، وغالباً ما تكون طبيعة المرض متينة الصلة بالعمل الذي يرغب في الخلاص منه. فالمعلم أو الواعظ في المسجد أو الكنيسة قد يظهر المرض عنده بشكل صعوبة في النطق، كما يظهر على الرسام الفاشل بشكل عمى هستيري أو ارتجاف في اليدين. ولا يفوتنا أن نؤكد أن المريض في هذه الحالات ليست لديه أية فكرة شعورية عن السبب

الحقيقي للمرض، فهو ليس تصنعاً كما يتصور البعض، ولذا قد يبذل المريض جهداً كبيراً للعلاج من المرض ويعتقد مخلصاً بأن مرضه راجع إلى اعتلال صحته بينما اعتلال صحته في واقع الأمر يعزى إلى متاعبه النفسية.

٢ – الرغبة في العطف واستدرار اهتمام الناس، وغالباً ما يصيب الطفل الذي يولد له أخ جديد أو الطفل الذي يصاب بالغيرة من كثرة اهتمام الوالدين بغيره. ومن أمثلتها طفل كانت له أخت مصابة بالربو مما جعل والديه يهتمان بها بشكل زائد ويحيطانها برعاية خاصة، وأخيراً حلت بالطفل نوبات كانت تصيبه بعد نوبات الربو التي تصيب الأخت. ولم يجد الأطباء أي سبب معقول لهذه النوبات.

٣ – الرغبة في السيطرة – وهي دافع متصل بالدافع السابق، وغالباً ما يوجدان معاً. فقد تلجأ الأم مثلاً إلى المرض كوسيلة لمنع ابنها المتزوج المقيم معها من الخروج من البيت.

مثال لحالة شلل هستيري:

هذه حالة للطالبة «ك. ف»* وهي فتاة شديدة الجاذبية في الثالثة عشرة من عمرها، أدخلت إلى المستشفى لإصابتها بشلل جزئي في الساق اليسرى وبعصبية مسرفة وفقد واضح في الشهية. وقد حدث قبل هذا التاريخ ببعض شهور حين كانت في المدرسة أن «ارتمت ساقها اليسرى فجأة وأصابها التنميل وأحست بما يشبه وخز الدبابيس والإبر» فلزمت الفراش في بادئ الأمر ثم استعملت العكاز بعض الوقت وأخيراً صارت إلى شفاء جزئي خلال شهور الصيف. ولكن عندما بدأت المدرسة من جديد عادت الأعراض إلى الظهور فأحضرت إلى المستشفى وقد أظهر الفحص الطبي المدقق أنها لا تعاني من مرض أو اضطراب عضوي بالجهاز العصبي يمكن أن يفسر حالتها.

وفي أثناء سلسلة من المقابلات مع الأخصائي النفسي، ألقي الضوء على التاريخ الذي أدى إلى إصابتها، فبعد تردد كثير ذكرت وهي دامعة العينين قصة موقف ثلاثي يشمل والديها. فمنذ ثلاث سنوات وقعت أمها في حب أحد نزلاء المنزل وهربت معه، ولكن أباها وإخوتها وجدوا الأم وأعادوها إلى البيت. ثم أعقب ذلك، ليال عدة، مشاهد

* J.W. Carter: A case of reactional dissociation. (Hysterical Analysis), 1937.

عنيفة فاحشة إذ كان الأب يكثر من معايرة الأم وكانت هي بدورها تتهمه بالخيانة . وقد استجابت «ك . ف» لهذه المناظر بالبكاء والصلاة وشعرت بأنها فقدت كل ثقتها بوالديها المحبوبين ثم أعقب ذلك مشاجرات أخرى بعض الوقت ، ولكن الوالدان استطاعا في النهاية أن يحافظا على هدوء خارجي مراعاة لأبنائهما. على أن الفتاة ظلت تفكر في الموقف وبدأت تتجنب صحبة غيرها من الزميلات ، فكانت كثيراً ما تبقى بغرفتها أثناء «الفسح» حتى لا تواجه غيرها من الفتيات. ومما هو جدير بالذكر أن شلل الساق ظهر قبيل إحدى «الفسح» . وفي سلسلة طويلة من الأحاديث استغرقت بضعة شهور ، استطاع السيكولوجي أن يجعل الفتاة تسرد المرة تلو الأخرى قصة الصراع الذي كان قائماً بين والديها. وتدريجاً توصلت الفتاة إلى قبول هذا الصراع على أنه نكبة وقعت كلها في الماضي ، فلم يعد من شأنها إثارة الخوف. وأدى تمثيل الخبرة وقبولها إلى زوال أعراض المرض.

حالات أخرى للهستيريا التحويلية :

إذ لم نغفل الحالات الأقل جذباً للانتباه ، كانت الهستيريا من أكثر حالات سوء التوافق ذيوعاً. فكثير من الزوجات اللواتي يلقين الإهمال يعانين من صراع مع «غثيان» هستيري . وهذا العرض يعفي الزوجة من واجبات البيت الثقيلة ، ويكسبها عطف زوجها وأسرتها. والقيء الهستيري ليس بقليل الحدوث عند الأطفال الذين يستطيعون تحقيق أهدافهم عن طريق المرض. وقد يبدو القيء حالة فسيولوجية محضة ولكنه ليس إلا فعلاً منعكساً يمكن أن يصبح مشروطاً لمنبهات بديلة. ومن أكثر التوافقات شيوعاً «صراع الساعة الثامنة» الذي يزوغ به الطفل من الذهاب إلى المدرسة ليعود إلى تمام صحته بعد أن يفوت وقت الذهاب إليها.

وإن المشقات العنيفة للحرب لتثير طائفة من حالات الهستيريا التحويلية . ومن قبيل المثال لذلك جندي شاب من سلاح المشاة أصيب بشلل في ذراعه اليمنى بعد أن قتل جندياً من جنود العدو* . وقد كان في حياته المدنية إنساناً سلبياً ذا ضمير حساس وكف شديد ضد ارتكاب أعمال العدوان ، فكان الحل لصراعه ذلك العرض الذي يجنبه أن يكون قاتلاً مرة أخرى ، وكثير من حالات «عصاب الحرب» اختفت بعد انتهاء مشقات

---

* R.R. Grinker and J.P. Spiegel: War Neurosis in North Africa. New York: Macy Foundation, 1943.

المعركة، وبعضها الآخر شفي بالعلاج الطبي النفسي، بيد أن صراعات بعض الجنود وقلقهم كانت من الخطورة بحيث ظلت الأعراض باقية. وقد نشأت حوالى ٢٠٪ من حالات العجز بين العجزة في الحرب العالمية الثانية عن حالات عصابية. كما أن العجز الذي ينشأ من الإصابة في المصانع أو من حوادث السيارات قد يكون في أحيان قليلة هستيريا وهو حينئذ ينشأ من الخوف الذي يحدثه الموقف أكثر من الإصابة البدنية ذاتها.

ولما كانت العلل الهستيرية يمكن أن تشبه الأمراض البدنية جميعها تقريباً، لم يكن من الميسور على الرجل العادي أن يميز بينها، بل أن الأطباء غير المتخصصين كثيراً ما يخدعون فيها، ولكن المتخصصين في الطب العقلي ذوي الخبرة الواسعة يستطيعون اكتشاف معظم حالاتها.

أنواع أخرى للهستيريا:

ذكرنا أن الهستيريا التحويلية هي أكثر الأنواع انتشاراً، ولكن هناك أنواع أخرى وان كانت أقل انتشاراً إلا أنها أكثر شدة، ومن هذه الجوال النومي، والجوال، وتعدد الشخصية. وفي جميع هذه الحالات نجد قدراً أكبر من التفكك في الشخصية (Dissociation).

الجوال النومي : Somnambulism

في الجوال النومي الذي يعني لغوياً «السير أثناء النوم» يصبح الشخص في حالة تشبه السبات، وفي هذه الأثناء يعيد أداء منظر وقع خلال أزمة انفعالية، ومن الأمثلة الكلاسيكية للجوال النومي الحالة التي ذكرها جانيه (Janet)* عن إيرين، وهي فتاة فرنسية في العشرين من عمرها. كانت أم إيرين قد ماتت في ظروف بالغة التكدير، فكانت الفتاة لفترة من الوقت بعد ذلك تصبح أحياناً في حالة تشبه السبات فتعين في أثنائها، مع إظهارات دلائل الخوف، تمثيل المشهد الذي وقع لدى موت أمها ثم محاولتها الانتحار بعد ذلك وهي المحاولة التي رسمت خطتها ولكنها لم تنفذها. وهي خلال هذه النوبة لا تلتفت قط إلى ما يدور حولها، بل تتوجه بالخطاب إلى أمها كما لو كانت موجودة ولا تلقي إلا لأحد غيرها. بيد أنها في الفترات بين النوبات لم تكن تبدي الحزن

---

* P. Janet· The Major Symptoms of Hysteria. New York: The MacMillan Comp., 1907.

على أمها وكانت تزاول حياتها العادية بصورة سوية ، فكأنها إذن قد فصلت موت أمها عن بقية خبراتها تماماً واحتفظت به لنوباتها الهستيرية.

الجوال (التجوال أو الشرود) : (Hysterical Fuge)

الجوال يقظة نومية طويلة الأمد ينسى الشخص في أثنائها ذاته وكثيراً ما يسافر إلى مكان آخر، وبعد فترة من الوقت يرجع الشخص عادة إلى نفسه ، ولكنه لا يعرف أين هو، ويذكر حياته الماضية دون فترة الجوال. فالجوال إذن قطاع زمني من الخبرة منفصل انفصالاً تاماً عن بقية الحياة. والعرض الرئيسي في الجوال هو الأمنزيا (Amnesia) (فقدان الذاكرة) وليس هذا الاضطراب بالنادر تماماً، وبعض حالاته تذكر في الصحف بين الحين والآخر... يوجد ضحية «فقد الذاكرة» جائلاً في الطرقات ولكنه يستعيد حالته الأولى تدريجاً بعد أن تُعرف شخصيته ، ويعاد إلى اسرته. ويحدث الجوال عادة من أثر أزمة انفعالية عنيفة يكون له بالقياس إليها وظيفتان توافقيتان. الأولى أن يجنب الشخص نفسه الأفكار المكدرة إذ ينسى كل ماضيه. والثانية أن هربه هو انسحاب من المنبهات التي تثير انفعاله.

تعدد الشخصية : (Multiple personality)

إن أكثر أنواع التفكك الهستيري تطرفاً هو تعدد الشخصية وهي حالة نادرة ، فتظهر لدى الشخص شخصيتان (ازدواج الشخصية Dual personality) أو أكثر، وتكون عادة مختلفة ومتمايزة بعضها عن الأخرى. فقد تكون احداها فاضلة والأخرى ماجنة ، وقد تكون إحداها جادة والأخرى هازلة... وهكذا ، وتبدو كل منهما عادية في حد ذاتها.*

وينتقل المريض من شخصية إلى أخرى دون وعي ، ولا يتذكر في إحداها ما يحدث في الأخرى. وقد يحدث الانتقال من شخصية إلى أخرى في فترات تتراوح بين بضع ساعات إلى بضع سنوات.

(*) يشبه البعض ازدراج الشخصية بساعة لها وجهان يسير إحداهما على توقيت والآخر على توقيت مختلف وكل منهما مضبوطة في حد ذاتها ولكنها تختلف عن الأخرى.

ومن الأمثلة على تعدد الشخصية حالة السيدة «ز»* إذ كانت تبدو عليها أعراض هستيرية شديدة خلال طفولتها كلها. فكانت تصاب بإغماء وجوال نومي وألوان من الألم والشلل الهستيري، ففي آن تؤلمها ذراعها وفي آن آخر تتصلب ساقها، وفي إحدى المرات لم تستطع المشي لمدة شهرين. وقد كانت في صراع دائم مع أبيها الذي كان يشتد في عقابها. ورغبة منها في الهرب من هذا البيت غير السعيد تزوجت من شاب لم يكن موضع القبول من والديها. فقد كان زوجها مسيطراً، ثم سرعان ما أثقلتها مسؤوليات العناية بطفل. فكانت لكي تهرب من هذه الأثقال، أن ظهرت الشخصية الثانوية لأول مرة.

كانت الشخصية الثانوية التي أطلق الأخصائية العقلية عليها إسم «س» شخصية شريرة غير مسؤولة أقرب ما تكون إلى الأطفال.

فكانت السيدة «ز» في بعض الأحيان أماً سوياً ولكنها في أحيان أخرى، تمتد إلى ساعات أو أيام كانت «س» التي تهمل بيتها في سبيل اللعب أو للتجول في الطرقات، وقد مات طفلها من الإهمال خلال إحدى تلك الفترات. ولم تكن السيدة «ز» تعرف شيئاً عن «س» (فقدان الذاكرة) ولكن «س» كتبت مذكرات أشارت فيها إلى السيدة «ز» بكلمة «هي» ولم تكن «س» لتتكلم قط، كما أنها كانت لا تحس الألم إطلاقاً. وبعد ذلك ظهرت لهذه المريضة شخصيتان ثانويتان أخريان إحداهما واسمها «جاك» شخصية رجل كانت تصير إليها في أحيان قليلة. وفي إحدى المرات كانت «الطفل» فظلت عدة أسابيع وهي تسلك وكأنها طفل في حوالى السنة الأولى من عمره.

ومن الطريف أن نذكر أن هذه المريضة أصبحت سوية تماما بعد عدة سنوات. وقد كان ذلك يرجع إلى حد ما إلى العلاج الطبي العقلي، ولكنه كان يعزى أيضاً إلى انتقالها إلى مدينة بعيدة من مدن التعدين حيث قلت مسؤولياتها وصراعاتها.

علاج الهستيريا :

يتطلب علاج حالات الهستيريا السير في عدة اتجاهات تتضمن العلاج النفسي والاجتماعي والطبي علاوة على التوجيه والارشاد النفسي للآباء على النحو الذي نوضحه هنا :

---

* C.C. Wholey: A Case of Multiple Personality, Amer. J. Psychiat., 1933, 12, 653-687.

١ – العلاج النفسي :

ويتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها. وقد يستخدم الأخصائي التنويم الإيحائي لإزالة الأعراض. ويلعب الإيحاء والإقناع دوراً هاماً هنا. ويستخدم التحليل النفسي للكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض والدوافع اللاشعورية وراءها ومعرفة هدف المرض. ويقوم المعالج بالشرح الوافي والتفسير الكافي للأسباب ومعنى الأعراض. كذلك يفيد العلاج النفسي التدعيمي ومساعدة المريض على استعادة الثقة في نفسه وتعليمه طرق التوافق النفسي السوي والعيش في واقع الحياة. ويستخدم العلاج الجماعي خاصة مع الحالات المتشابهة. ويجب أن يعمل المعالج باستمرار على اثارة تعاون المريض وتنمية بصيرته ومساعدته في أن يفهم نفسه ويحل مشكلاته ويحاربها بدلاً من أن يهرب منها ويقع ضحية لها. ويلاحظ أن بعض المعالجين يستخدمون نوعاً من الحقن (اميتال صوديوم) لتسهيل عملية التنفيس والإيحاء والإقناع.

٢ – العلاج الاجتماعي :

أو العلاج البيئي وتعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتحسن حالته.

٣ – العلاج الطبي :

وهو علاج للأعراض فقط وفي ذلك حفظ لماء وجه المريض. ويستخدم علاج التنبيه الكهربائي أو علاج الرجفة الكهربائية. وفي بعض الأحيان يلجأ المعالج إلى استخدام الدواء النفسي الوهمي * (Placebo) ويفيد فائدة كبيرة.

٤ – التوجيه النفسي للوالدين :

وكذلك للمرافقين كالزوج أو الزوجة. وينصح بعدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط لأن ذلك يثبت النوبات لدى المريض لاعتقاده أنها هي التي تجذب الانتباه إليه.

(*) الدواء الوهمي هو دواء لا يحوي مواد أو عقاقير طبية علاجية. ويحضر من مواد مثل النشا والسكر اللبن (لاكتوز). ويستخدم لإيهام بعض المرضى الذين يصرون على تعاطي الدواء ويرتاحون اليه أنهم يعالجون طبياً بالدواء.

٢ - الخواف (PHOBIA)

الخواف هو خوف مرضي غير معقول ولا يمكن تعليله من موقف معين ما ، ويكاد لا يوجد حد للمنبهات التي تثير تلك المخاوف المرضية (الفوبيات) لدى مختلف الأشخاص. فأحد الناس يخاف الظلام ، وثان يتملكه الذعر إذا وجد وسط ازدحام ، بينما بعضهم يخاف الحيوان أو المرتفعات أو أكثر الأماكن الصغيرة المقفلة أو الماء الجاري أو العيون أو طائفة أخرى عديدة من الأشياء. وتختلف الفوبيات اختلافاً كبيراً في شدتها يتراوح بين قدر يسير من عدم الارتياح عند وجود المنبه وبين الذعر الشديد المستمر الذي يخل بسلوك الفرد التوافقي كله. والحالات اليسيرة واسعة الانتشار جداً ، ويمكن العثور على أمثلة منها بين طلبة أية فرقة. وكان فيما مضى يطلق على الفوبيات والأعمال القهرية والأفكار الوسواسية ومشاعر الشك وعدم الحقيقة وبعض الأعراض المشابهة الأخرى لدى تصنيفها في الحالات العصابية العامة الاسم التقليدي «الخور النفسي» أو «الوهن النفسي» أو العصاب القهري أو «الانهاك النفسي» السيكا ثينيا (Psychasthenia).

ويمثل مرض الخواف حوالى ٢٠٪ من مجموع مرضى العصاب ، ويحدث الخواف بنسبة أكبر لدى الأطفال والمراهقين وصغار الراشدين ، كما يحدث بنسبة أكبر لدى الاناث.

وتتسم شخصية المرء قبل المرض بالعصابية ، والتطرف في الأنانية ، والتركز حول الذات ، والانطواء والتشاؤم والخجل والجبن.

ويرجع الخواف إلى عدة أسباب وعوامل ، نذكر من بينها :

تخويف الأطفال بالحكايات والقصص المخيفة ، والظروف الأسرية المضطربة والتي تتضمن الخوف من الانفصال والطلاق والتشرد والتزمت والرهبة والقسوة وما اليها. كما أن عدوى الخواف تنتقل من الكبار إلى الصغار والمخالطين ، وكذلك استمرار الشعور بالإثم (مثل خوف المريض من الأمراض الجنسية نتيجة لشعوره بالذنب الناجم عن اتصال جنسي محرم).

ويعتقد أقطاب المدرسة السلوكية أن المخاوف المرضية تنشأ عن خبرة مخيفة وقعت في الطفولة وارتبطت بمثير شرطي ، حيث تنتقل القدرة على إحداث الاستجابة من المثير

الطبيعي الأصلي الذي بب الخوف إلى بعض الظروف والملابسات التي اقترنت بهذا المثير الأصلي في حادثة قديمة مر بها المريض في طفولته ، فإذا اقترن حادث عقر كلب هائج لطفل بمكان مغلق أو مكان مظلم ، فإن هذا الترابط يجعل المكان المغلق أو الظلام أو المثير الشرطي يكتسب صفات المثير الطبيعي الأصلي وهو هنا «الكلب». فيصبح المكان المغلق أو المظلم مثيراً للخوف وليس من الضروري أن تكون العلاقة بين المثير الأصلي والمثير الشرطي واضحت في ذهن المريض ، ولذا فإنه يستجيب لمؤثرات شبيهة بالمؤثر الشرطي (المكان المغلق أو الظلام) دون أن يعرف العلاقة بينها وبين المثير الأصلي. وحتى إذا كان المريض قد أدرك هنا العلاقة فإن يقوم بعد ذلك بعملية كبت أي حذف هذه العلاقة من ذكريات وتعبير لغوي من خبرته الشعورية. وليس معنى هذا أنه قد تخلص من الخبرة كلية ، بل يبقى جزء من الموقف وهو وجه التشابه بين الموقف الحالي والموقف الأصلي الذي يصبح مثيراً للخبرة الانفعالية التي سبق أن مر بها – وحين يستحضر الحادثة إلى الذاكرة بمعاونة المحلل أو الأخصائي النفسي ، وحين يصل الشخص إلى التوافق معها ، تزول حالة الفوبيا مع الوقت – على أن أكثر العناصر فاعلية في إحداث الفوبيا ليست الخبرات الشرطية فقط ، ولكن سمات الشخصية التي تكمن وراءها كما سبق أن بيناها. وأن الاستعدادات والعوامل الممهدة تلعب دوراً كبيراً في إحداث المرض قبل حدوث التجربة الأليمة أو الصدمة العاطفية أو الانفعالية البالغة الشدة.

علاج الخواف:

١ – العلاج النفسي وخاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعنى الرمزي للأعراض ، وتصريف الكبت ، وتنمية بصيرة المريض ، وتوضيح الغريب وتقريبه من ادراك المريض والفهم الحقيقي والشرح والاقناع والايحاء ، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف. ويستخدم أيضاً العلاج النفسي التدعيمي ، وتنمية الثقة في النفس ، وتنمية الشعور بالأمن والإقدام والشجاعة. ويستخدم كذلك العلاج النفسي المختصر في حالة المخاوف الحديثة الظهور.

٢ – العلاج السلوكي الشرطي وكف الارتباط بين المخاوف وذكرياتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك وفك الاشتراط والتعرض لمواقف الخواف نفسه مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة (وقد تستخدم بعض الأدوية المهدئة للتقليل من حدة القلق المصاحب لمثل هذه المواقف).

٣ – العلاج الجماعي، والتشجيع الاجتماعي، وتنمية التفاعل الاجتماعي السليم الناضج.

٤ – العلاج البيئي، وعلاج مخاوف الوالدين وعلاج الجو المنزلي الذي يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والثبات والاتزان والحرية، وعلاج الوالدين والأقارب في حالة عدوى الخواف. وتوجيه الوالدين والمشرفين للمساهمة في ضبط الانفعالات والتقليل من الخوف ببذل محاولات العلاج والتقليل من المشاجرات وعدم الخوف وعدم حكاية الحكايات المخيفة للأطفال.

٥ – علاج الأعراض المصاحبة للخوف الرئيسي خاصة إذا كانت تعرقل حياة المريض وتعوق توافقه الاجتماعي بشكل واضح.

ويهمنا أن نذكر هنا أن علاج حالات الخواف تنتهي غالباً بنتائج طيبة طالما كان التشخيص دقيقاً، والمريض متعاوناً وراغباً في الشفاء.

٣–عصاب الوسواس والقهر

Obsessive — Compulsive Neurosis

الوساوس (Obsessions) هي الأفكار والخواطر المتسلطة على ذهن المريض والتي يصعب عليه التخلص منها، والقهر (Compulsion) سلوك جبري يقوم به المرضى دون أن يعلموا الأسباب التي تدفعهم إلى القيام به، أو قد يعلمون هذه الأسباب ولكنهم يعلمون في الوقت نفسه أنه لا أساس لها من الصحة.

والوسواس والقهر عادة متلازمان وكأنهما وجهان لعملة واحدة. وأحياناً يستخدم مصطلح «الوسواس» ويقصد بذلك عصاب الوسواس والقهر وذلك لتلازمهما.

والوسواس والقهر من أقل الأمراض النفسية شيوعاً. ونسبة المرضى به حوالي ٥٪ من مجموع مرضى العصاب. والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الإناث. وقد يبدأ المرض في أوائل العشرينات من حياة الفرد. ويشاهد عصاب الوسواس والقهر أكثر في الطبقات الاجتماعية الأعلى وعند الأشخاص الأذكي.

ويطلق على الشخصية قبل المرض اسم «الشخصية الوسواسية القهرية» ومن أهم سماتها الجمود والتزمت والعناد والتسلط والبخل والتردد والتشكك والتدقيق والحذر والحذلقة

والاهتمام بالتفاصيل وصعوبة التوافق والتباعد، والتمركز المتطرف حول الذات. وتتسم في نفس الوقت بالحساسية ويقظة الضمير والفضيلة والتمسك بالكمال والأخلاق وحب النظام والنظافة والطاعة والهدوء ودقة المواعيد والتمسك بالحقوق والواجبات.

وهكذا يبدو صاحب الشخصية الوسواسية القهرية شخصاً فاضلا ولكنه غير سعيد. ومن أمثلة الشخصيات الوسواسية القهرية:

الموظف الروتيني المتزمت الشكلي الذي يسرف في المراجعة والتدقيق والتردد، ويفزع من المرونة والتصرف ويتهرب من اتخاذ القرارات والبت السريع. وكذلك ربة البيت التي تعمل ليل نهار في نظافة المنزل والأطفال والملابس والأواني... الخ. وأيضاً العانس التي تسيطر عليها فكرة محددة تعتقد أنها سبب عنوستها وتقوم بأنماط سلوكية قهرية لعل فيها فكا لعقدتها.

ومن أهم أسباب عصاب الوسواس والقهر ما يأتي:

١ – الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد، بين الخوف من العقاب وتأنيب الضمير، ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري، وكذلك الصراع بين التمرد على مطالب الكبار وتقبلها.

٢ – الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن، ولذا يبدو المريض وكأنه يتلمس الأمن ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك من أعراض الوسواس والقهر.

٣ – الخوف، وعدم الثقة في النفس، والكبت.

٤ – الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير. وسعي المريض لا شعوريا إلى عقاب ذاته، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وإراحة الضمير (فمثلا يمكن أن يكون غسيل الأيدي القهري رمزاً لغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو بخبرة مكبوتة).

٥ – الحوادث والخبرات الصادمة.

٦ – الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة.

٧ – التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة المتسلطة الآمرة الناهية

القامعة، والقسوة والعقاب، والتدريب الخاطئ المتشدد المتعسف على النظافة والإخراج من الطفولة.

٨ - تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس والقهر.

٩ - وقد أرجع البعض المرض إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى نفس الفكرة أو السلوك تماماً كما تتعطل الأسطوانة وتكرر نفس النغمة. وهذه البؤرة على اتصال دائم بالدوائر الكهربائية الأخرى في لحاء الدماغ تقاوم هذه البؤرة وتكف من نشاطها.

أعراض المرض:

يشعر المريض بأفكار تسلطية تسيطر عليه ولا تتفق مع المنطق أو قواعد المجتمع (مثل الشك في الخلق والاعتقاد في الخيانة الزوجية) ويتعذر عليه التحرر منها مهما بذل من جهد ومهما حاول إقناع نفسه بالعقل والمنطق. أو قد تستحوذ عليه بعض الأفكار فتعاوده دائماً ويجترها كثيراً (مثل ترديد كلمات الأغاني والموسيقى بطريقة شاذة). أو قد تستحوذ عليه حالات شعورية كالإحساس بالنقص أو الاعتقاد بأن شخصاً أو فئة من الناس لا تحبه، أو أنه لا يصلح لأي عمل مما يؤدي به إلى الاكتئاب والانطواء والهم وحرمان النفس من أشياء ومتع كثيرة وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة.

ومن أعراض المرض أيضاً التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجبة، والأفكار السوداء، والتشاؤم وتوقع الشر وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث.

وقد يشعر المريض برغبة في القيام بأعمال وحركات رغما عن إرادته، كأن يعد درجات السلم أو أعمدة النور أو يتحاشى أن تطأ أقدامه فواصل قطع بلاط أرصفة الطريق، أو تكرار المرور على الأبواب والنوافذ عدة مرات قبل النوم للتأكد من إغلاقها، والتوقيع على أي ورقة عدداً معيناً من المرات ... الخ، كما أنه يهتم بالنظام والنظافة والتدقيق والأناقة الزائدة وحب السمترية المفرط، ويهتم بالرتابة والروتينية والتتابع القهري في السلوك والأناة والبطء في العمل، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات. ويتصف كذلك بالشك المتطرف في الذات واحتمال الخطأ والتأكد المتكرر من الأعمال والتردد والمراجعة الكثيرة وتكرار السلوك، وهو يخاف بدرجة لافتة من أشياء كثيرة وخاصة من الميكروبات والجراثيم والقذارة والتلوث والعدوى ولذلك يتجنب مصافحة الناس أو تناول الطعام والشراب الذي يقدم إليه في المناسبات.

وهناك نوع آخر من الأفعال القسرية المناهضة للمجتمع أي الاندفاع السلوكي للقيام بسلوك مرضي مثل هوس إشعال النار وهوس شرب الخمر وهوس السرقة، فيجد المريض نفسه مندفعاً لسرقة أشياء تافهة لا حاجة له بها، أو لسرقة أشياء تخص السيدات كقطعة من رداء أو منديل أو ما شابه ذلك.

ويلاحظ في هذا المرض أنه إذا طغى الفكر الوسواسي أكثر كانت الحالة شديدة أما إذا طغى السلوك القهري كانت الحالة أخف.

ويجب المقارنة بين عصاب الوسواس والقهر كمرض في حد ذاته أو كعرض من أعراض مرض آخر مثل ذهان الهوس والاكتئاب أو القصام مما سيأتي ذكره فيما بعد.

ويجب كذلك المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء أو البارانويا. والفارق الرئيسي هو أنه في عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة وتفاهة وغرابة وسخف ولا معقولية وعدم جدوى فكره المتسلط وسلوكه القهري، أما في الهذاء فإن الأفكار والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماماً. وهذا في الحقيقة يعتبر فرقاً هاماً بين العصاب والذهان كما سيتضح لنا قريباً.

علاج المرض:

١ - العلاج النفسي وخاصة التحليل النفسي للكشف عن الأسباب وإزالتها وتفسير طبيعة الأعراض ومعناها الرمزي واللا شعوري. وعلاج الشرح والتفسير وتنمية البصيرة بالنسبة للعوامل والديناميات والمخاوف وما يصاحبها من حيل ووسائل دفاع لا شعورية وعلاج المعونة والمساندة والتشجيع والتطمين والتقليل من الخوف وتجنب مثيرات الوساوس ومواقفها وخبراتها وإعادة الثقة بالنفس. والعلاج بالإزاحة أي إزاحة الأفكار الوسواسية والسلوك القهري بأفكار بناءة وسلوك مفيد. والعلاج السلوكي لإزاحة الأعراض وبصفة خاصة للتخلص من المخاوف المصاحبة. والعلاج بالعمل (في حالة الكبار)، (Occupational Therapy) والعلاج باللعب (في حالة الأطفال) (Play Therapy).

٢ - العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي مثل تغيير المسكن أو العمل.

٣ - العلاج الطبي بالأدوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر (مثل ليبريوم Librium) ويوصى بعض المعالجين باستخدام علاج النوم المستمر في بعض الحالات:

٤ – الجراحة النفسية (Psychosurgery) (شق الفص الجبهي)* . كآخر حل أحياناً وذلك في حالة استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذي يعطل حياة المريض.

هذا ويعتبر عصاب الوسواس والقهر من أصعب الأمراض في العلاج وخاصة في الحالات الشديدة. ويمكن القول إجمالا انه حوالى ٢٠٪ من الحالات تشفى، وأن حوالى ٤٠٪ تتحسن، وأن حوالى ٤٠٪ لا تتغير حالتها.

٤ – الاكتئاب (Depression)

الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

وهناك فرق بين الاكتئاب العصابي (Neurotic Depression) والاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression). وهو فرق في الدرجة. وفي الاكتئاب الذهاني يسيئ المريض تفسير الواقع الخارجي ويصاحبه أوهام وهذيانات الخطيئة.

وهناك نوع من الاكتئاب يحدث كأحد دوري ذهان الهوس والاكتئاب كما سنوضح فيما بعد.

والاكتئاب كمرض عصابي يعتبر من أكثر الامراض انتشاراً ويشاهد في العشرينات والثلاثينات وسن القعود (سن اليأس) ويحدث الاكتئاب عند الاناث أكثر منه عند الذكور.

وتتسم الشخصية قبل المرض بالسمات الآتية: الانطواء والهدوء والجدية والخجل وقلة الأصدقاء، وضيق الاهتمامات، ونمطية العادات والجمود والمحافظة وتحاشي الملذات، وقلة التحمل والحساسية والتردد والحذر والجبن والسرية، والعناد والخضوع والاعتماد على الآخرين والتواضع الشديد وخفض قيمة الذات ولوم الذات، وكبت الدوافع، والشعور

(*) الفكرة الأساسية وراء الجراحة النفسية هي أن قطع الاتصال أو المسار العصبي بين الفصين الأماميين للمخ (مركز الوظائف العقلية العليا مثل التفكير والارادة) وبين المهيد Hypothelamus (مركز الانفعالات) يقلل من عذاب الأفكار المضطربة والادراك المشوه والارادة الضعيفة. وقد وجد أنه في أحسن الظروف تتحسن حالة ثلث المرضى والثلث الثاني لا تتغير حالته والثلث الثالث تسوء حالته.

بالخيبة وعدم الأمن وعدم التوافق الجنسي، وسيطرة الأنا الأعلى على الشخصية، والميل إلى تصنع الحياء والحشمة والضمير الحي والتضحية من أجل الآخرين.

وترجع أسباب الاكتئاب إلى عوامل وراثية وبيئية مهيئة وان كانت نسبة ذلك ضئيلة جداً إلى جانب الأسباب النفسية التي نذكر منها:

١ - الخبرات الأليمة والظروف المحزنة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن بريء أو هزيمة منكرة وما يؤدي اليه كل ذلك من توتر انفعالي.

٢ - فقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد ثروة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة أو فقد الشرف أو فقد الصحة أي الحرمان في أي صورة من صوره ويكون الاكتئاب استجابة لذلك الحرمان.

٣ - الصراعات اللاشعورية والإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.

٤ - ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق والرغبة في عقاب الذات.

٥ - الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) والشيخوخة والتقاعد.

٦ - الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.

٧ - التربية الخاطئة والتفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال... إلخ.

٨ - سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات، حتى لقد يظهر في شكل محاولة الانتحار.

أعراض المرض:

هناك أعراض عامة كنقص الانتاج عن ذي قبل وعدم التمتع بالحياة كما كان من قبل وسوء التوافق الاجتماعي. كما يلاحظ نوعان من الأعراض جسيمة ونفسية، فأما الأعراض الجسمية فأهمها:

١ - الصداع والتعب وخمود الهمة والألم وخاصة آلام الظهر.

٢ - فقدان الشهية ورفض الطعام لاعتقاده بعدم استحقاقه أو الرغبة في الموت وهذا نوع من أنواع الانتحار، ونقص الوزن والامساك.

٣ – انقباض الصدر والشعور بالضيق.

٤ – ضعف النشاط العام والضعف الحركي والبطء وتأخر زمن الرجع، واللزمات الحركية أحياناً.

٥ – نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي (العنة عند الرجال) والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية (عند النساء).

٦ – توهم المرض والانشغال على الصحة.

وأما الأعراض النفسية فأهمها:

١ – القلق والتوتر والأرق وانحراف المزاج وتقلبه.

٢ – عدم ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية والشعور بعدم القيمة والتفاهة.

٣ – هبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه، والبؤس واليأس والأسى.

٤ – فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت والسكون والشرود حتى الذهول.

٥ – اللامبالاة بالبيئة ونقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصي والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمور العادية في المنزل وفي العمل وفي وقت الفراغ.

٦ – بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت.

٧ – الشعور بالذنب واتهام الذات وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها.

٨ – الهلوسات ومحاولة الانتحار أحياناً.

٩ – التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة واجترار الأفكار السوداء والاعتقاد بأن لا أمل في الشفاء والانخراط في البكاء أحياناً والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها.

وهكذا نجد أن معظم أعراض الاكتئاب تعتبر سلوكاً مضاداً للذات.

علاج المرض :

١ – العلاج النفسي : ويتضمن علاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسبت الاكتئاب ، والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت ، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإبراز إيجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته وإشاعة روح التفاؤل والأمل.

٢ – العلاج البيئي لتخفيف الضغوط والتوترات وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية بتغييرها أو التوافق معها.

٣ – العلاج الاجتماعي والعلاج الجماعي.

٤ – العلاج بالعمل.

٥ – العلاج الترفيهي واشاعة جو التفاؤل والمرح حول المريض والعلاج بالموسيقى (Music Therapy).

٦ – العلاج المائي (Hydrotherapy)، فللماء تأثير مسكن على الجهاز العصبي والنفسي ، ويحدث أثراً مهدئاً واسترخاء للمريض.

٧ – الرقابة في حالة محاولة الانتحار.

وعلى العموم يجب عمل حساب احتمال الاقدام على الانتحار في أي مريض بالاكتئاب حتى ولو لم يبدأ ذلك دون مجاهرته بذلك حتى لا نلفت نظره إلى التفكير في الانتحار ويجب استكشاف اتجاهات المريض نحو الموت والانتحار بطريقة علمية حذرة. ويزيد من احتمال الانتحار انتحار شخص مهم في حياة المريض كأحد الوالدين مثلا. ويلاحظ أنه رغم أن عدداً أكبر من النساء يهددن بالانتحار إلاّ أن عدد أكبر من الرجال هم الذين ينتحرون بالفعل.

٨ – العلاج الطبي للأعراض المصاحبة مثل الأرق (منومات) وفقد الشهية ونقص الوزن والإجهاد... إلخ ، والعقاقير المضادة للاكتئاب (Antidepressive drugs) (مثل توفرانيل Tofranil وتريبتيزول Tryptizol) والمسكنات لتخفيف حدة القلق ومنبهات الجهاز العصبي (مثل مشتقات أمفيتامين Amphetamine) والمنشطات والمنبهات لزيادة الدافع النفسي الحركي (مثل كافين Caffeine). والصدمات

الكهربائية خاصة في حالة الاكتئاب الحاد المتسبب عن العوامل الداخلية أكثر من الاكتئاب التفاعلي أو الموقفي (Reactive Depression) (وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى).

٩ – وفي حالة عدم جدوى الأدوية والصدمات الكهربائية وفي حالات نادرة حين يزمن الاكتئاب تجري الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير.

٥ – عصاب القلق (Anxiety Neurosis)

عصاب القلق عبارة عن حالة من القلق أو الخوف الشديد الغامض الذي يتملك الإنسان. ويتميز عصاب القلق عن حالات المخاوف المرضية التي سبق ذكرها من حيث إنه في حالة المخاوف المرضية يخاف المريض من شيء خارجي مثل الأماكن المرتفعة، أما في حالات القلق فإن الخوف يكون غامضاً غير متعلق بشيء معين غير موجود في الخارج.

ويظهر القلق عادة كعرض في كل حالات الأمراض العصابية، إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً. ويعتبر «عصاب القلق» أو «القلق العصابي» أكثر حالات العصاب انتشاراً، فهو يمثل من ٣٠ – ٤٠٪ من الاضطرابات العصابية. وهو أكثر انتشاراً بين الأناث كما أنه أكثر شيوعاً في الطفولة والمراهقة وسن القعود والشيخوخة. وتتعدد أسباب القلق ومن أهمها:

١ – الاستعداد الوراثي في بعض الحالات، وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية.

٢ – الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام). والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه. والتوتر النفسي الشديد. والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية. والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه. والمخاوف الشديدة في الطفولة المبكرة، والشعور بالعجز والنقص، وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي لظروف الحياة، والإحباط، والفشل اقتصادياً أو زواجياً أو مهنياً...إلخ، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات (الثقافية) (Taboos).

٣ – مواقف الحياة اضاغطة، والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب

ومطامح المدينة المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق) وعدم تقبل مدّ الحياة وحذرها. والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن.

٤ – اضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، والوالدان العصابيان القلقان أو المنفصلان، وعدوى القلق خاصة من الوالدين، والطرق الخاطئة في التنشئة مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان... إلخ.

٥ – الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص والتعرض للخبرات الحادة، والإرهاق الجسمي والتعب والمرض.

٦ – عدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات.

٧ – عقدة النقص ومشاعر النقص عند الفرد سواء مشاعر النقص الجسمي أو المعنوي أو الاجتماعي وإلى تهديد أسلوب حياته كما يقول أدلر (Adler). وأرجعت كارن هورني (Horney) القلق إلى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة.

أعراض المرض:

من الأعراض الجسمية التي تصاحب حالات القلق التعب والصداع المستمر، وتصبب العرق، وعرق الكفين وارتعاش الأصابع، وشحوب الوجه، وسرعة خفقان القلب، والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم وارتفاع ضغط الدم، واضطراب التنفس وعسره ونوبات التنهد والشعور بضيق الصدر والدوار والغثيان والقيئ والإسهال وزيادة مرات الاخراج وتكرار التجشؤ والانتفاخ وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق وفقد الشهية ونقص الوزن. وإرهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء. وتوتر العضلات واللازمات العصبية الحركية، واضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة والكابوس والتعب عند الاستيقاظ واضطراب الوظيفة الجنسية (العنة والقذف السريع عند الرجال، والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية عند النساء(. وكثير من الأوجاع البدنية الأخرى كآلام الظهر والمفاصل، وبتكرار هذه الحالات يأخذ خوف المريض يتعلق ببعض هذه الأعراض الفسيولوجية فيتوهم أنه مصاب بأمراض بدنية في القلب أو الدماغ أو المعدة أو غير ذلك من أمراض.

ومن الأعراض النفسية التردد وعدم الثقة وعدم الاطمئنان والقلق على المستقبل وعلى الصحة وعلى العمل والعصبية والتوتر العام وعدم الشعور بالراحة، والحساسية النفسية الزائدة

وعدم الاستقرار ، والشك والارتباك في اتخاذ القرارات ، والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل ، وتوهم المرض والإحساس بقرب النهاية والخوف من الموت ، وضعف التركيز وشرود الذهن واضطراب قوة الملاحظة ، وضعف القدرة على العمل والانتاج والانجاز ، وسوء التوافق الاجتماعي والمهني.

ويلاحظ أن المرضى عادة يذكرون الأعراض الجسمية ولا يذكرون الأعراض النفسية لاعتبارهم أن القلق مرض نفسي وهم يريدون أن يدفعوا عن أنفسهم أنهم مرضى نفسيون .

ويجب التفريق بين القلق وبين الفصام في مراحله الأولى (كما سنبين فيما بعد). والفارق الأساسي بينهما وجود اضطراب الإدراك والتفكير في الفصام وعدم وجوده في القلق .

علاج القلق :

١ – العلاج النفسي بهدف تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفس والإيحاء والاقناع والتدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن. ويفيد التحليل النفسي وإظهار الذكريات المطمورة وتحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور. وتنفيس الكبت ، وحل الصراعات الأساسية. ويستخدم العلاج السلوكي خاصة لفك الإشراط المرضي المتعلق بالقلق وللقضاء على الأزمات العصبية الحركية. وتفيد المناقشة والشرح والتفسير والتعليم والتفهيم وكشف الأسباب ودينامياتها وشرح الجهاز العصبي خاصة الجهاز العصبي المركزي والذاتي والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق .

٢ – العلاج البيئي أي تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل. وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر. والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات والتسلية والموسيقى والعلاج بالعمل.

٣ – التوجيه والإرشاد النفسي والتوجيه الزواجي وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها .

٤ – العلاج الطبي للأعراض الجسمية المصاحبة وتطمين المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسمي واستخدام المسكنات مثل ، أميتال (Amytel) واستخدام المهدئات مثل ستيلازين (Stelazine) والعقاقير المضادة للقلق مثل ليبريوم (Librium) .

وهنا يجب تعريف المريض أن هذه مسكنات ومهدئات حتى لا يعتقد أن مرضه عضوي المنشأ. ويجب الحرص في استخدام العقاقير المهدئة خشية حدوث الإدمان.

كذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي والعلاج المائي في بعض الأحيان.

ويلاحظ أن القلق العاصي أكثر الأمراض النفسية استجابة للعلاج.

وترى هورناي (Horney) أن هناك أربع حيل دفاعية يلجأ إليها الفرد للتخفف وللتهرب من القلق وهي التبرير، والإنكار، والتخدير، وتجنب المواقف التي قد تستثير هذا القلق أو تؤدي إلى التفكير فيه.

٦ - النيوراستينيا (Neurasthenia)

يطلق على هذا المرض أيضاً اسم الضعف العصبي وكان سبب إطلاق هذا الاسم هو الاعتقاد بأن المرض ينتج من الإجهاد الناتج عن وقوع الشخص في صراع طويل يؤثر في أعصابه بسبب التغيرات الكياوية التي تحدث وتصيب الجهاز العصبي.

والضعف العصبي حالة من الشعور الذاتي المستمر بالضعف النفسي العام الذي تصحبه أعراض عصبية وجسمانية. ومن أهم خصائصه الضعف النفسي والجسمي وشدة التعب والإعياء والفتور والانهاك، وقد يصل إلى درجة الانهيار. وهو يكاد يكون حالة من «التعب المزمن». ويطلق عليه البعض اسم «الانهيار العصبي» أو «الضعف النفسي» أو «الإعياء النفسي» أو «استجابة الضعف» أو «رد فعل الضعف» (Asthenic reaction).

وهذا المرض من أكثر أنماط العصاب النفسي شيوعاً، إذ يعاني منه حوالى ٥٪ من مجموع السكان، وحوالى ١٠٪ أو أكثر من مجموع مرضى العصاب. ويشاهد الضعف العصبي عند متوسطي العمر من الراشدين خاصة ربات البيوت المحبطات اللاتي يشعرن أنهن مهملات من قبل أزواجهن اللامبالين. ويحدث الضعف العصبي لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث. ويشاهد الضعف العصبي بنسبة أكبر في المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأدنى.

وتتسم الشخصية قبل المرض بالانطواء والميل للعزلة والتمركز حول الذات، والشعور بعدم الأمن والرفض والإحباط الانفعالي، والشعور العام بعدم الرضا، والسلبية وقلة

الكلام وقلة العمل ، والاعتمادية والحاجة إلى المساندة والانتباه والحماية ، والهروب من المسؤوليات ، وسيادة روح التشاؤم ، واستمرار الشكوى.

ومن امثلة الشخصية التي تعاني من الضعف العصبي ربة البيت العصبية (دائمة النرفزة) أو رجل الأعمال الذي يبدو عليه الإنهاك المزمن. وكان يعتقد قديماً أن من أسباب هذا المرض الإجهاد الشديد وتأثر الجهاز العصبي وضعفه. واعتقد البعض أنه نتيجة لإدمان شرب الخمر أو المخدرات ، واعتبره البعض نتيجة لبعض العيوب الفسيولوجية في القلب والجهاز الدموي. كما كان يظن أن الإفراط في العادة السرية يؤدي إلى الإصابة بهذا المرض ، إلا أنه لم يثبت أن العادة السرية يمكن أن تحدثه بل ربما تحدث الصراعات التي تترتب على الإفراط في العادة السرية مثل الشعور بالخطيئة والذنب والرغبة في الإقلاع عن العادة السرية.

والذي تؤيده الدراسات الحديثة هو أن المرض ينشأ عن أسباب نفسية بحتة أساسها إخفاق الفرد في تخفيف ما يعاني من توتر نفسي أو عجزه عن التعويض عن شعوره بالنقص أو الإثم ، أو نتيجة صدمات انفعالية.

والذي لا شك فيه أن أكثر من عامل يشترك في إحداث المرض منها عوامل ممهدة كمركب النقص الذي احتشدت عناصره في الفرد نتيجة خبرات إحباطية وعوامل فشل متتابعة تشعر الفرد بالدونية أو نتيجة المغالاة في التقمص ، هذا بالإضافة إلى العوامل المعجلة التي تثير كوامن الفرد فتطفو على السطح.

ومن هذه العوامل الشعور بالعجز المفاجئ عن ممارسة الأسلوب التعويضي أو الحيل اللاشعورية التي كان يعتمد عليها في معالجة ضعفه وشعوره بالدونية.

هذا وقد لوحظ ظهور الضعف العصبي في الأشخاص ذوي التكوين الجسمي النحيف الواهن الذين يتصفون بشدة حساسية الجهاز العصبي.

أعراض المرض :

يشكو المصاب بهذا المرض من ضعف عام وشعور دائم بالإجهاد والإعياء العقلي والجسمي عند القيام بأي مجهود مهما كان بسيطاً ، فضلاً عن الشعور بثقل الرأس ، وهبوط ضغط الدم والاحساس بضربات القلب ، وشحوب الوجه ، والاضطرابات الحشوية وضعف الشهية وعسر الهضم والإمساك ، وآلام الظهر خاصة الألم القطني والعجزي ، والأرق واضطرابات النوم والأحلام المزعجة ، والتعب عند الاستيقاظ من النوم.

ومن الأعراض النفسية عدم القدرة على مواصلة التفكير أو التركيز والشعور بالقلق والتشاؤم وضعف الطموح والاحساس المتطرف بالمسؤولية وعدم الاستقرار العاطفي والشعور بالدونية ، وفتور النشاط الاجتماعي والاعتماد الدائم على الغير والتبرم بأوضاع الحياة وجدية الاتجاه إزاء أي عمل كبير أو صغير هام أو تافه ، وضعف القدرة على التذكر وشعور بالضيق والتبرم والبلادة وعدم الحماس للقيام بأي عمل ، وتوهم المرض والالتجاء للأطباء بالشكوى من أعراض جسمية تافهة لا يدل الفحص الطبي على ما يبررها .

والمصاب بهذا المرض يكون عادة شخصية انطوائية الطابع محباً للانزواء والهروب من مواجهة الأعباء والمسؤوليات ، ميالاً للعزلة والانشغال عن الناس ، هادئاً في مظهره من حيث قلة الكلام والعمل بينما يكون ثائراً في الداخل .

ويلاحظ أن من النادر أن يظهر الضعف العصبي كعصاب مستقل ولكنه يظهر كإضافة أو عرض لمرض آخر كما في الاكتئاب أو الفصام البسيط .

ويجب المفارقة بين الضعف العصبي وبين الاكتئاب . فالضعف العصبي يكون مستمراً والشكوى الأساسية هي الأعراض الوظيفية ، والاكتئاب أحد هذه الأعراض ، ويناقش المريض أعراضه ويتحدث عنها .

ويجب المفارقة بين الضعف العصبي والفصام المبكر . ففي الفصام المبكر لا يهتم المريض بالمحيط الخارجي ويستغرق في أحلام اليقظة وتظهر عنده الهذيانات والهلوسات .

علاج المرض :

يتردد المرضى بالنوراستينيا عادة على كثير من عيادات الأطباء يلتمسون العلاج من الأعراض الكثيرة التي يشكون منها ، وهم كثيرو التنقل من عيادة إلى أخرى . وكثيراً ما يجربون مختلف العقاقير الطبية ولكن دون جدوى . والعلاج الصحيح لهذا المرض يتلخص فيما يأتي :

١ – العلاج النفسي لحل الصراع النفسي الذي يسبب استمرار حالة التوتر العصبي وهو العامل الرئيسي في ظهور أعراض المرض ومساعدة المريض على فهم نفسه ومعرفة إمكانياته مع الاهتمام بتنمية وتطوير شخصيته نحو النضج ، وتشجيع المريض على أن يقبل على معركة الحياة بقوة وليس بضعف . وفي ضوء هذا يتم تعديل أهدافه وتعديل أسلوب وفلسفة حياته .

٢ – العلاج الاجتماعي والعلاج الأسري :

والتوافق الاجتماعي وتعديل الاتجاهات وتحسين الظروف الاجتماعية واثارة الميول والاهتمامات لدى المريض، مع الاهتمام بالعلاج البيئي وتعديل البيئة المباشرة والمحيطة.

٣ – العلاج الصحي العام والعلاج الطبي للأعراض العضوية الصريحة لدى المريض واستخدام المهدئات والمنومات واستخدام بعض المقويات، مع الاهتمام بالراحة والنوم.

وتفيد التمرينات الرياضية، والعلاج بالماء والحمامات.

أنواع أخرى من العصاب

علاوة على الأنواع السابق عرضها، نستطيع أن نذكر عدداً آخر من الأمراض ومن ذلك :

١ – عصاب الحرب (War Neurosis)، ويطلق عليه أيضاً إعياء المعركة (Combat exhaustion) وتعب المعركة (Combat fatigue)، وتعب العمليات، وصدمة القنبلة (Shell shock).

٢ – عصاب الحادث (Accident Neurosis) والمقصود بالحادث هنا حادث عمل وخاصة في الصناعة أو حادث سيارة أو ما إلى ذلك.

٣ – عصاب السجن ويطلق عليه متلازمة جانسر Ganser's Syndrome أو متلازمة «الإجابات التقريبية» والمقصود بالاجابات هي ردود المسجون أو المتهم أثناء المحاكمة وهي اجابات تقريبية لا تتطابق مع الأسئلة الموجهة إليه وذلك لاضطراب ذاكرته وتهيجه وذهوله حتى يمكن أن تخف عقوبته إذا ثبت عدم مسؤوليته.

وواضح أن كل نوع من هذه الأنواع مرتبط بموقف معين كالحرب أو الحادث أو السجن، وأما عن الأعراض في كل حالة فهي (توليفة) من الأعراض السابق ذكرها في الأنواع التي استعرضناها من قبل. ففي عصاب الحرب مثلاً نجد أنه يتضمن بعض أعراض الهستيريا والقلق والاكتئاب وكذلك في حالة عصاب الحادث نجد أنه يتضمن الاكتئاب والتهيج والأرق والعناد ونوبات البكاء والقلق والشرود والنسيان الخ، وفي حالة عصاب السجن يصاب الشخص بالتهيج والذهول واضطراب الذاكرة وعدم القدرة على استخدام قدرته العقلية ويتصف سلوكه عموماً بنوع من الخبل الهستيري الكاذب.

وأما عن وسائل العلاج فهي لا تخرج في مجملها عن الوسائل السابق عرضها تحت عناوين العلاج النفسي والطبي والبيئي والاجتماعي، على أن يصطبغ كل منها وفقاً للاحتياجات الخاصة بالموقف.

الفصل الخامس عشر

سيكولوجية مرض الذهان

الأمراض العقلية أو الذهان (Psychosis)

مقدمـة :

الأمراض العقلية هي أشد اضطرابات الشخصية خطورة وشمولاً وهي تبدو في صورة اختلال شديد في القوى العقلية وعجز عن إدراك الواقع أو تحقيق التوافق الاجتماعي في الحياة اليومية في كافة صوره. وغالباً ما يحتاج مرضى الذهان إلى رعاية كلية في مستشفيات الأمراض العقلية.

والأمراض العقلية أو الذهانية ترادف كلمة «جنون» التي يستعملها العامة في الاشارة إلى شخص فقد قواه العقلية – ولكن «الجنون» اصطلاح قانوني ليس له تعريف سيكولوجي دقيق.

ويقدر مرضى الذهان اليوم بنسبة حوالي ٣٪ من المجموع العام للسكان، وهذه تعتبر نسبة عالية. والذهان يحدث عموماً في منتصف العمر، وتدل بعض الدراسات على أن متوسط العمر عند دخول مستشفى الأمراض العقلية هو ٤٤ سنة إلا أننا نجد مثلاً أن الفصام يبدأ مبكراً في مرحلة المراهقة، وان ذهان الشيخوخة يبدأ متأخراً في مرحلة المراهقة، وان ذهان الشيخوخة يبدأ متأخراً في مرحلة الشيخوخة. والذهان أكثر حدوثاً لدى الذكور منه لدى الإناث بنسبة ٤ : ٣ والذهان أكثر حدوثاً بين العزاب والمنفصلين والمطلقين والأرامل منه لدى المتزوجين، وهو أكثر انتشاراً في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا منه في الطبقات العليا.

والمصاب بالذهان لا يشعر بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب في تغيير حالته ولا يكون متعاوناً ولا يهتم المريض بنفسه ولا ببيئته، ويتدهور المظهر العام المريض.

تصنيف الذهان

يصنف الذهان بوجه عام إلى قسمين رئيسيين هما «الذهان العضوي» (Organic Psychosis) و «الذهان الوظيفي» (Fonctionel Psychosis). فأما الاضطرابات العضوية فلها أسباب فسيولوجية معروفة إلى درجة لا بأس بها، بما في ذلك الحالات التي ترجع إلى الشيخوخة وتصلب شرايين الدماغ وزهري الجهاز العصبي والتسمم الكحولي وإصابات الدماغ والصرع وطائفة كبيرة من العوامل العضوية الأخرى التي تساهم كل منها بحالات قليلة نسبياً.

أما ما يسمى بالذهان الوظيفي فقد كان الاعتقاد في وقت ما أنه يرجع في نشأته إلى عوامل نفسية بحتة. وعلى الرغم من تصدع هذا الرأي الآن فلا تزال هذه الفئة تزودنا بتصنيف مفيد من حيث الوصف . وهي تشمل الفصام (الخبل المبكر) وذهان الهوس والاكتئاب والهذاء (البارانويا).

وليست كل صنوف الذهان على درجة واحدة من الذيوع، فبعضها يقع بنسبة تفوق بكثير بعضها الآخر. وقد يساعد هذا الجدول التقريبي «للدخول أول مرة» في المستشفيات العقلية عام ١٩٤٥ في رسم صورة للعدد النسبي لهذه الحالات.

الفريق العضوي (العدد الكلي)		٤٠٪
الشيخوخة وتصلب الشرايين	٢١٪	
الشلل الجنوني العام	٥٪	
التسمم الكحولي	٤٪	
الحالات العضوية الأخرى	١٠٪	
الفريق الوظيفي (العدد الكلي)		٤٦٪
الفصام	٢٢٪	
الهوس والاكتئاب	٩٪	
الهذاء (البارانويا)	٢٪	
الحالات الوظيفية الأخرى	١٣٪	

دون ذهان (مثل مدمني الخمر والمخدرات)	١٤٪
المجموع	١٠٠٪

الذهان العضوي

ذهان الشيخوخة وتصلب الشرايين:

كثيراً ما يؤدي سوء تغذية المخ في الشيخوخة إلى تغيرات في السلوك، وخاصة إلى تعطيل الوظائف الذهنية. وكثير من هذه الحالات يضاعفها تصلب شرايين الدماغ.

خبل الشيخوخة:

تبدي حالات الشيخوخة غير المختلطة بغيرها صورة بسيطة تمثل بالضبط ما تتضمنه التسمية: انحلال العقل في الشيخوخة. وقد تعاني الحواس والغدد والجلد والشعر لدى عدد من الطاعنين في السن من التغيرات المميزة للشيخوخة، كما يصاب الدماغ بنوع مماثل من الانحلال أيضاً فيقل وزنه وتنكمش التلافيف وتصاب كثير من الخلايا العصبية بالانحلال. أما الأعراض الذهنية فإنها تظهر تدريجياً. والأعراض الأولى عادة تنحصر في ضعف الذاكرة للأمور القريبة فلا يستطيع العجوز أن يذكر الأشخاص الذين قابلهم قريباً وإن كان لا يزال قادراً على استحضار ذكريات الطفولة بكثير من التفاصيل. ثم يعقب ذلك طور آخر من الخبل فينسى المريض حتى الأمور التي تعلمها منذ زمن طويل ويصبح غير قادر على ذكر اسمه أو عمره أو مهنته السابقة. على أن تدهور الذاكرة قد يكون غير منتظم في بعض الحالات. ومن قبيل المثال أن أحد المرضى لم يكن واثقاً من اسمه، ولكنه كان مستطيعاً أن يذكر اسم اثنين من مدرسته في الطفولة. ويموت المرضى بخبل لشيخوخة عادة من أمراض مصاحبة كالالتهاب الرئوي أو يصيرون إلى غيبوبة حتى يموتوا بهدوء من الشيخوخة وحسب. ولكن أحداً منهم لا يشفى.

وإذا كان كثير من المرضى بخبل الشيخوخة قانعين ومبتهجين فان غيرهم يظهرون من لسلوك ما يجعل الحياة معهم متعذرة، وبعضهم يصبح سريع التهيج أنانياً نزاعاً إلى شجار، والأرجح أن هذا كله استجابة لعجزهم عن القيام بعمل ما يلزم لأنفسهم. وقد ظهر الهذاء في أحيان قليلة فيعتقد المريض أن أسرته تحاول دس السم له أو الغدر به، لكن الهذاء لا يحدث عادة إلا للأشخاص الذين كانوا ينزعون إلى الشك وعدم الثقة لغير في سالف أيامهم، فإن انحلال الشيخوخة يطلق عادات التفكير المعوج التي تكون - تكونت في حياة بطولها ويضاعف منها.

وقلما يظهر خبل الشيخوخة في أشخاص دون الستين. ومتوسط السن لبدء هذه الحالة كان في إحدى الدراسات ٧٤ سنة. فإن بعض الناس تدركهم الشيخوخة في الستين بينما يصل غيرهم إلى التسعين دون أن يتأثر بشيء، وهذا الاختلاف راجع إلى العوامل ذاتها التي تقرر الشيخوخة البدنية كالجبلة والأمراض والغذاء وطبيعة العمل الذي قضى الفرد فيه حياته. وهناك بعض الدلائل على أن إدمان الخمر وبعض الأمراض المعدية المعينة تسرع بالإنسان إلى الشيخوخة.

تصلب شرايين الدماغ:

يسير تصلب شرايين الدماغ مع تصلب الشرايين الأخرى، وهو يوجد عادة في الشيخوخة ويؤثر تأثيراً خطيراً على تغذية الدماغ فيؤدي إلى مضاعفة أعراض خبل الشيخوخة شدة. كما أن ارتفاع ضغط الدم مع تصلب الشرايين قد يؤدي إلى انفجار بالشرايين الدماغية يتسبب عنه أذى موضعي في الدماغ. ويعرف الانفجار المفاجئ لأحد الشرايين الدماغية باسم «السكتة الدماغية» وهي الحالة التي تسمى لدى العامة «بالنقطة» فيفقد الفرد وعيه فترة من الزمن ثم يصاب بعجز حركي كشلل في أحد جانبي الجسم. وكثيراً ما تصحب السكتة خبل الشيخوخة.

الذهان الكحولي:

تناول الخمر بصورة مسرفة يؤدي إلى نماذج متعددة من الاضطراب العقلي.

التسمم:

الثمل العادي هو في ذاته ذهان وإن كان لحسن الحظ ذهاناً مؤقتاً. والتسمم الخفيف يجعل صاحبه مبتهجاً سعيداً (المرح المرضي) على قدر من التنبهية ومن تدفق الأفكار، فإذا مضى في تناول الخمر فقد تبدو السمات السوية لشخصية في إسراف غير معقول فيصبح صاخباً، معتدياً، متشككاً، أو حزيناً، هذا إلى أن عوامل الكف للسلوك تضعف وتسوء ذاكرة الشخص حتى يصير أخيراً إلى السبات. وكان خليقاً بهذه الحالة أن تعد اضطراباً عقلياً خطيراً لولا سرعة شفائها.

وكثيراً ما تكون للتسمم وظيفة الميكانيزم الدفاعي ضد ما يلقى الشخص من سوء التوافق، فإن المرء تحت تأثير الخمر ينسى متاعبه ويهرب من الشعور بعوامل الصراع والصد. ولعل في هذا التعليل لكثير من الميول المستمرة إزاء إدمان الخمر، هذا إلى أن

الشفاء الدائم من الإفراط في تناول الخمر قلما يتحقق بالوسائل الفسيولوجية وحدها، إذ لا بد أيضاً من معالجة سوء التوافق النفساني الذي أدى بالشخص إلى أن يلجأ إلى الخمر.

وفي أحيان غير قليلة، قد يكون الثمل تعبيراً عن اضطراب عقلي من نوع ما آخر موجود فعلاً. فإذا كان أحد مرضى العقل يتناول الخمر عند ظهور أعراض فليس معنى هذا دائماً أن الخمر هي الأصل في مرضه، إذ ان الخمر هنا قد لا تكون إلا عاملاً عارضاً أو مساعداً.

التسمم الكحولي المزمن:

قد يعاني مدمنو الخمر من نوبات ذهانية حادة يثيرها إما «عربدة» عنيفة أو طويلة الأمد، أو حادث أو مرض يخفض من الحيوية. وهناك أنواع عدة لهذه النوبات ومن أشهرها «الهتر الارتعاشي» وهو حالة حادة جداً ولكنها قصيرة الأمد. وأهم الأعراض العقلية بروزاً نغمة مفرطة من الخوف والسورة وهلوسات بصرية ذات مضمون مرعب، فيرى المريض حيوانات وهمية كالثعابين والفئران والأسود أو يرى وجوهاً بشعة تنظر إليه شزراً، وقد تكون هذه الهلوسات مصحوبة أحياناً بهذيانات اضطهادية. ويظل المريض بوجه عام يرتجف ولا يستقر في مكان ويكون شديد التنبه كما لا يستطيع النوم. وبعد فترة تتراوح بين ثلاثة أيام وعشرة يكون مآل الهتر الارتعاشي إما إلى الشفاء أو الموت.

وهناك حالة حادة أخرى مختلفة قليلاً هي «الهلاس الكحولي» وتتميز هذه الحالة بهلوسات سمعية تشمل أصواتاً متهمة أو مهددة أو سابة، كما أن غيم الشعور يكون أقل مما في «الهتر الارتعاشي» ولكن الاضطراب يستغرق مدة أطول، وهو لا يحدث إلا لمدمني الخمر. ومن الاضطرابات الطريفة بصفة خاصة ذهان كورساكوف الذي يرتبط عادة بإدمان الخمر وإن كان ينشأ بصفة أساسية من سبب آخر، فقد دلت الدراسات الحديثة على أنه يرجع إلى النقص في فيتامين ب الذي يعاني مدمنو الخمر منه لإهمالهم تناول غذائهم العادي. والمصابون بهذه الحالة يعانون من فقد واضح للذاكرة إلى جانب ما يبدونه من سورة وقلق. ولكن يملأ المريض الثغرات التي لا يستطيع تذكرها فيؤلف «قصصاً» من خبرات مزعومة، ومن قبل المثال أن المريض الذي قضى بالمستشفى عدة أيام يروي تفصيلات مسرحية رآها في الليلة السالفة أو حديثاً دار بينه وبين أحد أصدقائه.

ذهان المخدرات الأخرى:

يؤدي الادمان الطويل للمورفين والهيروين والحشيش وغيرها من العقاقير المكونة للتعود

إلى تدهور عقلي قد يصل إلى درجة الذهان، كما ان منع العقار يحدث أعراضاً حادة من القلق والسورة والانهيار وأحياناً الهذاء والهلوسة.

الشلل الجنوني العام:

يطلق على هذه الحالة أيضاً اسم «الخبل الشللي» وهي الذهان الرئيسي الذي يتسبب عن الزهري. ويتوقف تشخيصها على وجود علاقات فسيولوجية معنية كما يتوقف أيضاً على ظهور أعراض خاصة مميزة. ويفحص سائل النخاع الشوكي في حالة الاشتباه بطريقة واسرمان فإذاكانت النتيجة إيجابية كان هذا دليلاً على إصابة الجهاز العصبي بالزهري. وعلى الرغم من أن حالات الشلل جميعاً تنتج عن الزهري فإن ثلاثة في المائة فقط من الذين يصابون بعدوى الزهري يحدث لهم هذا الذهان.

تطور الشلل:

السن النموذجية لبدء ظهور الشلل متوسط العمر، بعد عشر سنوات إلى عشرين سنة من العدوى الأولى بالزهري، ثم يأخذ بعد ذلك دوراً طويلاً في تطوره، ففي الفترة الأولى أو التمهيدية نلاحظ التغييرات الأولى في المزاج الراهن والحكم والخلق. وقد يحدث بسبب ضعف الذاكرة وخطل الحكم أن يرتكب الشخص أخطاء في عمله تسبب له في بعض الأحيان خسارة مالية كبيرة، كما يبدي تقلبات مزاجية، فيكون آناً متفائلاً أحمق ويكون آناً آخر في حالة هبوط عميق. وكثيراً ما يتلاشى الكف لدى مرض الشلل من الأدوار الأولى فيفرطون في الخمر أو في الممارسة الجنسية. ولكن هذه الأعمال تفسر على أنها عيوب خلقية وتظل طبيعة المرض خافية. وفي هذا الوقت أيضاً تصاب الانعكاسات باضطراب، ولكن هذه الحالة لا تكتشف إلا إذا فحص الشخص بواسطة طبيب.

ويطرد نشوء الطور الثاني أو طور الاكتمال للشلل من الطور الأول تدريجاً. فتبدو الأعراض في هذا الطور شاذة بصورة لا مجال للخطأ فيها. إذ يسير المريض عادة بطريقة متعثرة غير متآزرة ويغلظ صوته لعجزه عن ضبط العضلات المستعملة في الكلام ويصاب «بنوبات» تشنجية أحياناً. أما من الوجهة العقلية فإنه يبدي خبلاً مطرداً في الزيادة وكثيراً ما يفقد القدرة على التوجه في الزمان والمكان. وفي هذا الطور يمكن تصنيف نماذج كثيرة من الشلل، فالنموذج البسيط من الخبل يسير إلى الانحلال وحسب، أما النموذج المنتشر فإنه يبدي هذيانات عظيمة غير منظمة، ومثل هذا المريض يبدو سعيداً ثرثاراً ويذكر قصصاً سخيفة عن قوته أو ثرثرته أو قدرته الجنسية، أما النموذج «المنهبط» فإنه يبدي

هذيانات سُوادية فيعتقد أن أعضاءه الداخلية في طريقها إلى الزوال أو أن العقاب ينزل به لما ارتكب من ذنوب. ويبدو أن هذايانات التعاظم هي أكثرها انتشاراً.

أما في الطور الثالث أو «النهائي» من المرض، إذا لم يكن العلاج الفعّال قد أوقف سيره فإن الرعشة لا تفارق المريض، كما أنه يكون في حالة هزال شديد، عاجزاً مشلولاً وتختفي الهذيانات مع الخبل المطلق وتكون النهاية الموت.

علاج الشلل:

وسائل العلاج العادية في الزهري الابتدائي لا جدوى منها في علاج الشلل، ولكن منذ عام ١٨٨٧ أشير إلى أن الحمى الطويلة الأمد تؤدي إلى تحسن حالة المريض بالشلل. والعلاج بالحمى هو العلاج الموحد الآن، ويمكن أن يعطى بطريقتين:

الأولى أن يلقح المريض بميكروب الملاريا، والملاريا مرض يسبب الحمى ويمكن أن يضبط.

والثانية هي استعمال الوسائل الكهربائية ذات التردد العالي لرفع درجة حرارة الجسم وباستعمال هذا العلاج يمكن إيقاف المرض في أطواره المبكرة والتخفيف من شدة الأعراض. وكثيرون من المرضى يصلون إلى درجة من التحسن تسمح لهم بالخروج من المستشفى، ولكن الشفاء التام قليل الحدوث.

شلل الأحداث:

يصيب شلل الأحداث بعض الأطفال الذين يعانون من زهري ولادي *. وأعراضه هي عدم التآزر الحركي والتدهور العقلي وأحياناً السلوك الشاذ الاندفاعي. ولا يصادف علاجه من النجاح قدر ما يصادف شلل الكبار، ونهايته دائماً تقريباً الموت.

الذهان الوظيفي

١ - الفصام (Schizophrenia)

إن أكثر حالات الذهان شيوعاً هي الحالة المعروفة باسم «الفصام». ويشتق هذا المرض اسمه من كلمتين يونانيتين معناهما إنقسام أو إنفصام الشخصية، أو العقل. ومن خصائص الانفصال عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. والمريض يعيش في عالم من صنعه بعيداً عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر. وانفصام الشخصية يعني تشتت وتناثر مكوناتها وأجزائها، فقد يصبح التفكير في واد والانفعال في واد آخر.

والفصام هو أكثر الأمراض العقلية انتشاراً حيث يصيب حوالي ٠,٥ - ٠,٨٪ من مجموع السكان ويكون المفصومون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية، فهم يكونون حوالي ٢٢ ٣٣٪ من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة. وتبلغ نسبة المفصومين حوالى ٥٠٪ من المرضى العقليين المزمنين الذين يقيمون في مستشفيات الأمراض العقلية.

ويطلق على هذا المرض أحياناً اسم «الخبل المبكر» إذ أنه يحدث في الفترة المبكرة من الحياة تمييزاً له من خبل الشيخوخة. والواقع أن الخبل المبكر ذهان يصيب الشباب، فإنه على الرغم من أن بعض الحالات تصيب جميع الأعمار من الخامسة حتى السبعين، فإن الغالبية العظمى من الحالات تبدأ في الظهور خلال العقد الثالث بين العشرين والثلاثين.

والفصام أكثر انتشاراً في الرجال قبل سن الثلاثين وأكثر انتشاراً في النساء بعد سن الثلاثين.

وقد وجد أن الذين يهاجرون إلى بيئات وثقافات مختلفة اختلافاً كبيراً عن بيئاتهم وثقافاتهم التي هاجروا منها يكونون أكثر عرضة للفصام. وينتشر الفصام في الأماكن

---

(٥) الفرق بين المرض الولادي والمرض الوراثي هو أن الأول ينتقل من الأم إلى الجنين أثناء الحمل.

المزدحمة بالسكان حيث الفقر والجهل والمرض والجريمة والبطالة والانحرافات السلوكية الإجتماعية .

وتعتبر الشخصية الفصامية (Schizoid Personality) بمثابة التربة التي ينمو فيها الفصام. وتتسم الشخصية الفصامية بالسمات الآتية : الانطواء والانعزال والفردية . والسلبية والكتمان والانغلاق على النفس ، والحساسية الزائدة والخجل والعناد ، وعدم القدرة على تكوين علاقات وصداقات شخصية واجتماعية طيبة ، والسلوك الغريب الأطوار ، وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات ، وتشوه حدود الأنا ، وعدم انسجام تركيب الشخصية وعدم تهيئتها لمواجهة خبرات الحياة وميلها للاستغناء عن مجابهة الواقع باستخدام حيل الهروب أو التعويض ، والاستبطان والاستغراق في الخيال وتجنب الواقع .

ويمكن أن نجمل الأعراض العامة في الفصام فيما يأتي :

١ – الهلوسات السمعية والبصرية والشمية واللمسية والذوقية والجنسية ، وهذه كلها بالنسبة للمريض حقيقة ويستجيب لها سلوكياً .

٢ – البعد عن الواقع والاستغراق في الذات ، والعيش في عالم خيالي حالم من صنع المريض .

٣ – الهذاء مثل هذاء الاضطهاد وهذاءالعظمة وهذاء توهم المرض وما إلى ذلك مع فقدان الشعور بالشخصية وشعور المريض بأن احساساته وأفكاره ورغباته غريبة عنه .

٤ – التدهور العقلي المعرفي وصعوبة التفاهم مع المريض ونقص تعاونه .

٥ – اضطراب التفكير واضطراب الذاكرة خاصة بالنسبة للأحداث الحديثة واضطراب الانتباه وضيقه والتركيز على الذات واضطراب الوعي وشعور المريض بأنه يفقد عقله .

٦ – اضطراب الكلام وعدم منطقيته وعدم تماسكه ، والاجابات الوحيدة المقطع في صوت نمطي رتيب بعد تكرار السؤال ، والمصاداة (أي أن كلامه يكون صدى فيكرر قول الآخرين) وابتداع كلمات جديدة «لغة جديدة» .

٧ - اضطراب الانفعال مثل عدم الثبات الانفعالي والتناقض الانفعالي والتبلد الانفعالي وسطحية الانفعال والخمول والنمطية، والانفعالات الكاذبة وغير المناسبة، وشدة الانفعال والفزع والهياج لأقل مثير، والانفجارات الانفعالية اللاإرادية والمبالغة في الانفعال والاكتئاب والانسحاب والسلبية والنكوص المرضي.

٨ - الذاتية المطلقة والانطواء والاستبطان واللامبالاة والاستسلام واضطراب العلاقات الشخصية واضطراب الاتصال الاجتماعي.

٩ - فقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي واهمال النفس.

١٠ - الضعف الجسمي ونقص الوزن، واضطراب السلوك الجنسي وعدم التحكم فيه مثل الاستعراض الجنسي أو جماع المحارم أو البغاء.

١١ - التناقض السلوكي الغريب مثل التدين والفسق في نفس الوقت، والسلوك المضطرب الاندفاعي غير الهادف، والآلية.

١٢ - نقص البصيرة وعدم إدراك المرض العقلي.

١٣ - اللازمات الحركية خاصة حركات الوجه واليدين والرجلين، والأوضاع الجسمية الشاذة التي قد تستمر لفترات طويلة.

ويمكن وصف أربعة نماذج خاصة داخل الإطار العام للفصام، وهي جميعاً تبدي الأعراض المشتركة بدرجة متفاوتة وتبدي أعراضاً خاصة أخرى. ولكن ليس من الميسور تصنيف جميع المفصومين في أحد النماذج الأربعة بوجه قاطع، إذ ان هناك حالات متوسطة ومختلفة.

١ - الفصام البسيط (Simple Schizophrenia)

تبدي بعض حالات الخبل المبكر البلادة الانفعالية وعدم الاكتراث والانحلال دون غيرها من الأعراض البارزة، هذه الحالات تكون النوع «البسيط» من هذا المرض، ويبدأ المرض تدريجياً عادة، كما قد لا نلاحظ التغيرات التي تحدث حتى تكون قد بلغت في تقدمها شوطاً بعيداً. والصورة النموذجية تنحصر في أن

المراهق أو الشاب يصبح غير مكترث، قليل الإصغاء، مجرداً من أي طموح. وقد يزداد أداؤه في المدرسة أو العمل سوءاً حتى لا يعنيه آخر الأمر أن يسعى على الاطلاق. وهو يلازم البيت ويتجنب صحبة الغير. وهناك بعض الأدلة على أن هذا الوقت العاطل يشغل بأحلام يقظة سارة. أما التدهور الانفعالي والخبل العقلي فقد يظهران فيما بعد. ولا يوجد بين نزلاء المستشفيات إلا عدد قليل ممن يدخلون في تصنيف الفصام «البسيط» ولكن هذه الإحصائيات لا يعتمد عليها لأن كثيرين من مثل هؤلاء الأشخاص يمكن أن يظلوا في رعاية البيت، بينما يهيم بعضهم في الأرض تجولاً وتشرداً.

٢ - الفصام الطفلي : (Hebephrenic Schizophrenia)

ويعرف أيضاً باسم الفصام المبكر أو فصام الدرجة الثانية واسم الفصام الطفلي لا يصور النموذج الذي ينتسب إليه تصويراً دقيقاً. وتصنيف الفصام الطفلي هو أكثر طرز هذا المرض سعة كما أنه يحتوي طوائف متنوعة من المرضى. أما الطراز الطفلي الكلاسيكي فإنه يتميز ببداية أكثر فجائية من غيره، وبقدر أكثر من التفكك. وعدم مراعاة العرف أو التقاليد، فمثلاً قد يمارس المريض العادة السرية علنا دون اعتبار لمن هم حوله. وقد يكشف عن عورته دون حرج أو تردد. كما يتميز ببلادة العاطفة، إذ قد يسمع عن وفاة أقرب المقربين إليه دون أن تهتز مشاعره، وكأن الأمر لا يعنيه أو يمت إليه بصلة. هذا بالإضافة إلى التفكير الذي لا منطق فيه، والهلوسة والأوهام والقيام بإيقاعات حركية من الذراع أو الأرجل وكذلك التعبيرات الغريبة على الوجه والتي تصاحب أنماطاً سلوكية عديمة المعنى، وتكرار مقاطع كلامية عديمة المعنى. وفيما يلي حالة المريض (هـ.و) والتي توضح ما نقول :

الحالة (هـ.و) : مريضة في التاسعة عشرة من عمرها، فرغت من الدراسة منذ سنتين بعد حياة دراسية غير ممتازة، ومنذ ذلك الحين أقامت بالمنزل. وقد لوحظت الأعراض الأولى لمرضها منذ حوالى ستة شهور، إذ بدأت تشاحن أمها، ثم تذهب بعد ذلك للإقامة مع أختها المتزوجة، ولكن بعد أيام قليلة كانت تغضب من أختها فتتركها لتعود إلى المنزل مرة أخرى. ورويداً رويداً بدأت أسرتها تلاحظ عليها نزعة حمقاء في حديثها. وفي أحيان متعددة كانت تصرخ أثناء الليل قائلة إن رجلاً يكمن تحت فراشها، وفي أحيان أخرى كانت تسلك وكأن شخصاً يطاردها، مما قد يكون دليلاً على وجود هلوسات لديها. وأخيراً عكفت على البكاء والثرثرة دون انقطاع وأنذرت بقتل أبيها وقتل نفسها. وعندئذ أرسلت إلى أحد المستشفيات العقلية، وقد تبين من فحصها بالمستشفى

أنها فاقدة التوجه تماماً، وكانت تعطي إجابات غير مطابقة للأسئلة التي وجهت إليها عن المواد الدراسية والمعلومات العامة، كما أبدت بعض هذيانات قليلة مبعثرة عن رجال يطاردونها ونادت الأطباء بأسماء بعض معارفها السابقين. وكانت تبدي إسرافاً وتنزع إلى التحطيم بدرجة بالغة، فتمزق ملابسها وتفسد ترتيب الأثاث في الحجرة، كما كانت ترتمي على الأرض وتأخذ تتدحرج عليها مرات ومرات ضاربة نفسها بيدها ضرباً خفيفاً وهي تقوم بهذا العمل. وفي أحيان كثيرة كانت تظل تضحك لبضع دقائق، ولكنها في أحيان أخرى كانت تصيح وتبكي، وكانت تقوم بعمل إيماءات ولزمات حمقاء كما كان من المستحيل أن يمضي المرء معها في حديث متصل. هذه الفتاة تبدي كثيراً من الأعراض النموذجية لحالة خبل مبكرة «طفلي» حديثة العهد.

٣ – **الفصام الحركي**: (Catatonic Schizophrenia)

ويطلق عليه أيضاً فصام التشكيل أو الفصام التخشبي وهو يبدأ في سن متأخرة من الفصام البسيط والمبكر بين سن ٢٠ - ٤٥ سنة وتوجد فيه أعراض حركية واضحة إما بالنقص أو بالزيادة.

وللفصام الحركي شكلان:

(أ) السبات التخشبي أو التصلب وأهم أعراضه البقاء على حالة واحدة لوضع أو لشكل من الحركة فيأخذ المريض الوضع التمثالي أو وضع الجنين أو وضع الميت. وهذه الأوضاع تدوم طويلاً وبدون تعب، ومن أعراضه الوجه المقنع (الذهول وكأن على وجهه قناعاً)، وتكرار الكلام وترديده، والنمطية، والصمت، والطاعة الآلية العمياء. والسلوك الحركي القهري مما تعوده المريض في مهنته مثلا، ورفض الطعام، وعدم القدرة على ضبط النفس جنسيا أو من ناحية التبول أو التبرز.

وتبدأ هذه الحالات كغيرها من الصنوف الأخرى للخبل المبكر، وإن كانت البداية عادة أكثر تدرجا وتستغرق عدة سنوات حتى يصل المرض إلى تمامه. وسنذكر فيما يلي حالة نموذجية نوعا للسبات التخشبي.

حالة (د. أ): وهو رجل نال قسطا وافرا من التعليم، أصيب بذهان وهو في الحادية والثلاثين من عمره. وقد ظل عشر سنوات قبل هذا التاريخ يعاني من «عصبية» و «تشتت فكر» مطردي الزيادة. فقد يخرج لزيارة ما ثم ينسى وجهته، وفي بعض الأحيان كان يخطئ في التعرف على الغرباء فيحسبهم من معارفه كما أنه كان كثيراً ما يبدو عاجزاً

عن فهم ما يقال له. وقبل حجزه بأسابيع قليلة، ترك عمله وبدا قانطا كما بدا كأنما فقد ذاكرته تماماً. ولم يكن لديه أي شعور بالمسؤولية بل كان يعتمد كل الاعتماد على زوجته وغيرها من الناس لكي يرشدوه إلى كل ما ينبغي أن يفعل مهما يكن تافهاً. وقد اشترى سما ولكنه لم يحاول قط الانتحار فعلا. ولم يبدو أنه يُعاني من الهذاء وإن ذكر مرة، دون أي تعبير انفعالي، أن حماته تحاول سمَّه. أما في المستشفى فلم يكن يبدي أي اكتراث بما حوله وظل ملازماً الفراش معظم الوقت دون أن يقوم لقضاء حاجاته الشخصية، بل كان على المشرفين أن يحثوه. على القيام لتناول طعامه. وكانت حالته موضع التغيير من يوم لآخر، ففي ذات مرة أخذ يتحدث بطريقة أوضحت جلاء ذاكرته للحوادث البعيدة والقريبة، ولكن حالته أخذت تطرد سوءاً بالتدريج فكان يظل صامتاً لبضعة شهور جالساً بانحناء على مقعد، مطلا إلى الأرض ساعات بطولها. كما كان يعاني من «المرونة الشمعية» فكان يظل محتفظاً لمدة طويلة بأي وضع يوضع فيه. وبعد حوالى سنة من دخوله المستشفى عولج بالميترازول (٭). فبدا ذهنه أكثر وضوحاً وبدأ يجيب على ما يوجه إليه من أسئلة وقال إنه يشعر بالتحسن بل لقد كان يبدو سويا تقريباً في بعض الأحيان. على أن سلوكه كان لا يزال على بلادة انفعالية ومفتقر إلى الاهتمام بيد أنه استطاع أن يذكر اشياء كثيرة مما وقعت حين كان صامتاً وصعب المنال فيما يبدو. وهذا من الخصائص المميزة لهذه الحالات.

(ب) الهياج: يحدث أحياناً بالتعاقب مع النوع السباتي. وهي حالة نشطة من السلوك الحركي ولكنها مجردة من الانفعال أو الشعور. ويلقي المريض بقطع الأثاث أحياناً ويعتدي على غيره أو يصرخ بصوت عال، ولكن الحركات النمطية أكثر ذيوعاً من هذه النوبات المتطرفة، فيظل المريض يروح ويجئ عدة ساعات أو يظل يكرر القيام بعمل سلسلة من الإيماءات الخيالية. وعلى الرغم مما يبدو على هؤلاء المرضى من نشاط بدلا من السبات فإنهم في الواقع قد وصلوا في انسحابهم إلى مدى بعيد للغاية وسلوكهم تلقائي وليس من قبيل الاستجابة للبيئة.

(٭) علاج صدمة الميترازول تكون باحداث تشنجات صناعية كيميائيا، فيرتجف المريض ويشحب وجهه ثم يغيب عن الوعي، ويفقد الذاكرة مؤقتاً مما يؤدي إلى إزالة التوتر الداخلي. وقد قل استعمال علاج صدمة الميترازول بدرجة كبيرة بعد اكتشاف علاج الرجفة الكهربائية.

٤ – **الفصام الهذائي** : (أو الشبـــــــه البـــــــارانوي (Paranoid Schizophrenia) .

يبدأ عادة بعد سن الثلاثين وهو أكثر الأنواع ذيوعاً وأقلها احتمالا للشفاء في الظروف العادية للعلاج داخل المستشفى. وتشمل الاعراض التفكك والبلادة الانفعالية والانسحاب كما تشمل أيضاً الهذيانات المميزة ، وللفصام الهذائي شكلان وهما الاضطهاد والعظمة وفيما يلي حالة توضيحه :

حالة الشاب (ج . ر) وكان طالبا في السنوات الأخيرة بالكلية حين بدأ هذاؤه ، وقد كان على الدوام صبياً هادئاً مولعاً بالدرس وإن لم يكن في أعلى درجات الذكاء. وعلى الرغم من أنه كان رياضياً متفوقاً غير أنه كان قليل الأصدقاء يؤثر العزلة وينزع إلى الريبة من غيره . بيد أن أخاه استطاع التفوق عليه في الدراسة والرياضة معاً حتى إنه انتهى إلى الخيبة في حياته الدراسية . وعلى الرغم من أنه كان يتمتع بصحة جيدة فيما مضى فقد بدأ يشكو الشعور بالمرض وأخيراً انتهى به الأمر إلى الاعتقاد بأن مرضه كان نتيجة السم فظن أن البنائين الأحرار ولم يكن قد انضم إلى عضويتهم – قد دسوا له السم في الطعام وقال إنهم يقفون وراءه في المطاعم وانهم يتفاهمون مع الخدم باشارات سرية لكي يدسوا السم في طعامه حتى لقد اضطر إلى الرحيل إلى بلد بعيد فرارا من معذبيه ، بيد أن سلوكه الغريب الشاذ هناك جذب الانتباه إليه وأدى إلى عجزه . ثم ظهرت عليه فيما بعد ، أثناء وجوده بالمستشفى العقلي ، هذيانات التعاظم ، فزعم أنه أعظم الرياضيين في جميع الأزمنة ، وأنه حبس ودس له السم لأن البنائين الأحرار لا يطيقون هذا البروز لمن ليس من عشيرتهم .

ويجب التفريق بين الفصام الهذائي وبين الهذاء (البارانويا) . ففي الفصام الهذائي تكون الهذاءات وقتية قصيرة المدى ومختلطة بأعراض الفصام الأخرى ، بينما في الهذاء نجد الهذاءات المنظمة فقط ولا نجد الأعراض الأخرى للفصام.

علاج الفصام :

علاج الفصام عملية طويلة وتحتاج إلى كثير من الحنكة والصبر والاهتمام بالعلاقة العلاجية ، والرعاية التمريضية اليقظة المستمرة. وليس من الضروري وضع جميع المفصومين في مستشفيات الأمراض العقلية . ويمكن علاج معظم الحالات المبكرة كمرضى خارجيين. ولا يودع في المستشفى إلا حالات الفصام الحاد أو المزمن أو في حالة ما إذا كان المريض

يمثل خطراً على نفسه أو على الآخرين. وفي هذه الحالة يتم استبعاد المريض بعيداً عن مكان العلاج. وفيما يلي أهم ملامح عملية العلاج

١ – العلاج النفسي :

وهو يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة بناء الشخصية والتعلم والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض ومنحه بصيرته وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه، مع التركيز دائماً على أهمية العودة إلى العالم الواقعي وكذلك العلاج النفسي الجماعي مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض. ويستخدم التحليل النفسي في حالات قليلة جداً ويركز على محاولة إصلاح بعض الأنا

٢ – العلاج الطبي :

ويشمل علاج الرجفة الكهربائية (٥) خاصة في حالات الفصام الهذائي والفصام الحركي. ويشمل كذلك علاج غيبوبة الأنسولين (وقد قل استخدامه عندما بدأ استخدام علاج الرجفة الكهربائية عام ١٩٣٨). وكذلك العلاج بالمهدئات للتغلب على الهلوسات والتحكم في التهيج. وعلى رأسها مجموعة فينوثيازين (Phenothiazine) ومنها ستيلازين (Stelazine) وكلوربرومازين (Chlorpromazine) ولارجاكتيل (Largactil) ومليريل (Melleril) وعلاج الأعراض المصاحبة خاصة المزعجة أو الخطرة على المريض أو على الأخرين.

٣ – العلاج الاجتماعي :

ويهدف إلى تجنب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام بإعادة التطبيع الاجتماعي والاهتمام بالنشاط الاجتماعي والرياضة والترفيه والموسيقى لربط المريض بالواقع والتقليل من استبطانه وانشغاله بذاته والكشف عن اضطرابات المريض وصراعاته.

---

(٥) علاج الرجفة الكهربائية Electro-Convulsive Therapy (ECT) ويعرف أحياناً باسم علاج الصدمة الكهربائية Electro-Shock Therapy (EST) وهو عبارة عن وسيلة لإحداث رجفات وتشنجات وغيبوبة صناعية أي إحداث نوبة تشنجية شبه صرعية. ولا شك أن تمرير التيار الكهربائي في رأس المريض يفقده وعيه ويحدث له تشنجات ظاهرة ويحدث تغيرات فسيولوجية كيميائية حيوية في قشرة المخ والمخ الأوسط والمهاد والنخاع المستطيل والغدة النخامية ويحدث أثراً مفيداً بزيادة تنبيه الجهاز العصبي الذاتي

٤ — العلاج الجراحي النفسي :

وذلك عندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى وفي الحالات المزمنة وبعد مضي ثلاث سنوات على الأقل. وأكثر العمليات شيوعاً هي عملية شق مقدم الفص الأمامي : Prefrontal lobotomy or leucotomy وتتم بقطع الألياف البيضاء الموصلة بين الفص الأمامي والمهيد، وبذلك يقطع الاتصال العصبي ويثبط رد الفعل الانفعالي ويحدث تغيراً في السلوك ويرى البعض أن الجراحة النفسية قليلة النفع كثيرة الضرر.

ويتم الشفاء التلقائي لمرضى الفصام في حوالى ٥٪، وقد يحدث تحسن تلقائي في حوالى ٢٥٪.

وأهم ملامح الشفاء هو الشفاء الاجتماعي، وتدل الاحصاءات على أن حوالى ثلث مرضى الفصام يتوافقون اجتماعيا تماماً، وحوالى الثلث يتوافقون إلى حد ما، والثلث الباقي يتدهورون أو يتدهورون أو يحتاجون إلى الايداع في المستشفى مدى الحياة حين يزمن المرض. ويكون التدهور العقلي المعرفي والخلقي أمرا لا مناص منه. هذا وتختلف فرص الشفاء من الفصام باختلاف درجة إزمانه. ويمكن لمرضى الفصام الذين يتلقون العلاج السليم الخروج من المستشفى في حدود ٦ — ١٢ شهراً.

٢ — الهذاء «البارانويا» (Paranoia)

يتميز هذا المرض بالأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت. أي الهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي. أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة نسبياً وعلى اتصال لا بأس به بالواقع، ولا يرافقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحي به الأوهام والهذيانات.

ويطلق البعض على هذا المرض اسم «رد فعل الهذاء» (Paranoid reaction) كما يطلق عليه اسم «جنون العظمة وجنون الاضطهاد».

والهذاء أقل انتشاراً من الفصام، وكما سبق أن أوضحنا فإن الهذاء يمثل حوالى ٢٪ فقط من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية. ولكن نسبة انتشار الهذاء في المجتمع لا شك أكبر من هذا الرقم، خاصة إذا علمنا أن ذكاء المريض يمكنه من تجنب دخول المستشفى.

ويكثر ظهور الهذاء في منتصف العمر أي في مرحلة الرشد خاصة في الأربعينات أكثر مما يشاهد في مرحلة الشباب. ويشاهد لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، وهو أكثر انتشاراً بين المطلقين.

وهناك أعراض عامة للهذاء وأهمها الأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة الجامدة المنظمة الدائمة التي تطغى على البصيرة، والدفاع بحرارة عن هذه الأوهام والهذيانات وتوجيه كل الاهتمام إليها وتمركز السلوك حولها. ويدور الهذاء عادة حول موضوع واحد (مثل الزواج أو الدين أو النشاط السياسي). وأوهام التأثير والتأثر حيث يعتقد المريض أنه قوى خارجية تؤثر فيه وتسيطر عليه رغم ارادته، وتفسير سلوك الآخرين من وجهة نظر شخصية ذاتية بحتة مع الميل إلى تزييف الحقائق وتشويهها. وسوء التوافق الاجتماعي.

ومن أهم أعراض الهذاء ما يأتي:

١ - هذاء الاضطهاد أو توهم الاضطهاد: Delusions of Persecution

وهنا يعتقد المريض أنه شخص مضطهد مظلوم يسيء الناس معاملته وأن الآخرين يحاولون ويخططون لإيذائه وتحطيمه وكثيراً ما يذكر المريض بيانا مفصلا عن خطة كبرى دبرت لدس السم له أو لحبسه أو قتله، يوجه الاتهام عادة إلى البارزين من رجال المجتمع أو إلى الجمعيات المعروفة، كما تكون لدى المريض أحياناً خطط مفصلة للدفاع عن نفسه ضد هذا الاضطهاد. وفي السنوات الحديثة اتجهت هذيانات الكثيرين من المرضى إلى أن بعض شركات القوى الكهربائية أو محطات الراديو ترسل بخبث صدمات خلال أبدانهم. ومنذ سنوات طويلة كثيراً ما كان الشيطان يتهم بتعذيب المريض المصاب بالهذاء، أما الآن فإنه الراديو، وبذا تساير الهذيانات التقدم العلمي.

وليس عجيباً ألا ترى نسبة كبيرة من المرضى بهذا المرض في المستشفيات العقلية لأن ذكاءهم يساعدهم على التهرب. والمجنون بجنون الاضطهاد قادر على إيقاع غيره في مشاكل مختلفة انتقاماً منه لأسباب ينسجها خياله. وهو حريص على أن لا يتورط هو نفسه في هذه المشاكل. لذا كانت مشكلة هؤلاء المرضى كبيرة، لأنهم ينغصون حياة كل من يتعامل معهم أو يحتك بهم، لتأويلهم وتفسيرهم أي بادرة بأنها اضطهاد لهم. فنهم ذلك النوع الذي يقدم في جاره أو زميله في العمل الشكوى تلو الشكوى للجهات المسئولة أو البوليس متهما إياه بشتى التهم التي لا أساس لها. وإن تزوج فهو دائم الشك في زوجته والغيرة

عليها. فهو يملؤه الشك والغيرة والغضب والاستياء والغل والحقد والكراهية والعداء (لمضطهديه وأعدائه المزعومين) والميل للانتقام منهم والعدوان عليهم.

٢ - هذاء العظمة أو توهم العظمة : Delusions of grandeur

وهنا يعتقد المريض أنه شخص عظيم، واسع الثراء، شديد البأس. وقد يحدث أحياناً أن يسلك مريض كأنه ملك في المنفى، أو مخترع «عظيم» سرق منه اختراعه، أو نبي مرسل، أو قائد مغوار. وقد يعتقد أن لديه قوى خارقة أو سحرية. ويلاحظ عليه الحديث عن الذات والتعالي والمباهاة والمفاخرة وتبني أهداف غير عملية مستحيل تحقيقها. ويلاحظ عليه أيضاً تقلب المزاج وحدة الطبع والمناوأة والاستياء والغضب والعدوان، والإخلال بدولاب العمل.

وأن معظم هذيانات العظمة ضحلة متغيرة وغير متماسكة، وهي أخلق بالحدوث في الأطوار المتأخرة من المرض بعد أن يكون قدر من الخبل قد بدأ.

وهناك أنواع أخرى للهذاء بأسماء مختلفة كثيرة مثل الهذاء الجنسي وهذاء المشاكسة وهذاء الغيرة وغيرها وأعراضها تتضمن أعراض الاضطهاد أو العظمة أيضاً.

واننا نجد بعض أعراض الهذاء لدى الشخص العادي الذي يتحيز لمبدأ خاطئ لا يقبل فيه مناقشة ولكنه بالاقناع يمكن أن يغير رأيه ويعترف بخطئه. أما الهذاء المرضي فهو جزء من تكوين شخصية المريض ولا يمكن أن يحيد عنه.

ويجب المفارقة بين الهذاء كمرض وبين السلوك الهذائي الذي يتسم بالعناد والتمسك الزائد بالآراء وعدم الاعتراف بالخطأ والغرور وإرجاع الفشل إلى تدخل وتأثير الآخرين.

علاج الهذاء :

١ - العلاج النفسي ويهدف إلى تخفيف حدة قلق المريض وتجديد قدرته على الاتصال على مستوى واقعي في العلاقات الشخصية والتخلص من أوهامه. ويجب عدم إضاعة الوقت أول الأمر في توضيح الهذاء للمريض لأن من خصائص الوهم هو عدم قابليته للتأثر بالاقناع الخارجي والمنطق. ويجب أن يحترس المعالج فلا يصدر أحكاماً على أوهام المريض، ومعتقداته بل يكون محايداً أميناً ويحرص دائماً على إنشاء وإقامة الثقة بينه

وبين المريض وبعد توطيد العلاقة وثبات الثقة يبدأ المعالج في الاقتراحات البناءة وليس النقد الهام مقربا المريض من الواقع .

٢ - العلاج الطبي بالأدوية والعقاقير المضادة للذهان لازم لجعل المريض أكثر طواعية خلال العلاج النفسي . أي أن العلاج الطبي هنا يفيد في بداية العلاج النفسي ولكنه لا يمكن أن يحل محله . ومن الأدوية المستخدمة فينوثيازين (Phenothiazine) وخاصة كلوربرزمازين (Chlorpromazine) . ويستخدم كذلك علاج الرجفة الكهربائية . وما زالت بعض المستشفيات تستخدم علاج غيبوية الأنسولين (Insulin Coma Therapy) . هذا إلى جانب ضرورة العناية بالصحة العامة للمريض والراحة إلى أقصى حد .

ويجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة في حالة السلوك العدواني للمريض .

ويلاحظ أن حالات الهذاء لا تحتاج إلى الايداع في مستشفى الأمراض العقلية لأن المرضى يظلون في إطار المعقول فيما يختص بالاتصال الاجتماعي فيما عدا ما اذا كانوا من النوع الخطر العدواني المشاكس أو الجنسي فيجب إيداعهم في المستشفى .

ومن مشكلات إيداع مرضى الهذاء في المستشفى أن المريض ينظر إلى نفسه على أنه أعظم وأعلى وأعلم من زملائه المرضى وحتى معالجيه ، أو قد يعتبر أن المستشفى بمثابة سجن له وأن الكل فيها أعداؤه .

وان العلاج النفسي المناسب المبكر مع العلاج الطبي يمكن أن يؤدي إلى الشفاء . أما في حالة الهذاء المزمن فقليلاً ما نرى حالة منه تشفى تماماً .

٣ - ذهان الهوس والاكتئاب : Manic-Depressive Psychosis

ويطلق على هذا المرض أيضاً اسم « الجنون الدوري » أو « النواب » حيث تتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب أو يكون خليطاً من أدوار الهوس والاكتئاب (وقد تخللها فترات انتقالية يكون فيها الفرد عادياً نسبياً) . ويعرف ذهان الهوس والانهباط أيضاً باسم مرض المبالغات الانفعالية . ومنذ حوالى خمسين سنة كانت هاتان الحالتان (حالة الهوس أو الانهباط) تعدان حالتين ذهانيتين منفصلتين ، ولكنهما تشتركان في كثير من النواحي . وأول وجوه الشبه بينهما أن كلا من الهوس والانهباط يؤثر في النغمة الانفعالية ومستوى نشاط الفرد ، وان كان التأثير في اتجاهين متضادين . ولا تصاب الوظائف الذهنية

باضطراب خطير في كل من الحالتين، كما لا يتخلف عن أي منهما أي خبل دائم أو خبل خفيف. والسبب الثاني في الجمع بين الحالتين أنهما كثيراً ما تصيبان الشخص نفسه، فيصاب في أحد المرات بانهباط عميق، ثم قد يُصاب بعد سنة أو سنتين بنوبة قوية شبيهة بنوبات الهوس. وهذا التبادل المميز بين الحالتين قد يأخذ ألوانا مختلفة، فقد يصاب الفرد بعدة نوبات من الهوس أو من الانهباط تفصل بينهما فترات من السواء، أو قد يتحول المريض من حالة انهباط إلى حالة هوس أو العكس دون أن تفصل بينهما فترة محسوسة من السواء. على أن كثيراً من الأشخاص لا يصابون إلا بنوبة واحدة من أحد النوعين (*) دون انتكاسات لاحقة.

والسن النموذجية لذهان الهوس والانهباط متوسط العمر، وهو نادر الحدوث قبل البلوغ. وهو أكثر شيوعاً لدى الاناث، ويحدث لديهن في سن مبكرة عنه لدى الذكور. ويكون الحدوث حاداً. ويكثر بين المثقفين والطبقات العليا. وهو نادر الحدوث في المجتمعات البدائية. ويقع أكثر حالات الدخول الأول للمستشفيات بسبب هذا المرض في العقد الخامس، أي بين سن الأربعين والخمسين. ويحدث الشفاء من النوبات المفردة بسرعة نسبياً. كما أن ٦٥٪ من الحالات تشفى خلال سنة من بداية المرض.

أسباب ذهان الهوس والاكتئاب:

تعذرت أسباب ذهان الهوس والاكتئاب حتى الآن على الاكتشاف. وقد ذكرت نظريات فسيولوجية متعددة في تفسير هذا الاضطراب، ولكن تكاد تكون كل التجارب التي أجريت في سبيل نقدها سلبية في نتائجها، فلم يتقرر حتى الآن بصفة يمكن الاطمئنان إليها أن الاضطرابات الغددية، أو التغيرات التشريحية في الدماغ لها ارتباط بحالات الهوس أو الانهباط بيد أنه لا يزال ممكناً أن ينتج هذا الذهان عن حالات تسممية أو غيرها من الحالات الفسيولوجية التي لا نملك اختبارات على قدر كاف من الدقة لاكتشافها على أن هذا ليس إلا مجرد فرض.

أما النظريات النفسية فتستند إلى ما يشاهد من أن مرضى الهوس والانهباط يبدون عادة قبل حدوث النوبة الحرجة «طرازا» خاصاً من الشخصية وإلى أن الأسوياء من الناس

الهوس - حوالى ٣٠٪.
الاكتئاب - حوالى ٤٥٪.
الذهان الدوري أو المختلط - حوالى ٢٥٪.

أيضاً يتفاوتون بصدد هذه السمة. «فالشخصية النوابية» (Cycloid) عرضة لتقلبات مزاجية بين الارتفاع والانخفاض، كما أنها متقلبة في أرجاعها الانفعالية وتميل إلى الإسراف في الابتهاج لدى النجاح، والإسراف في الانهباط لدى المشقة. «والشخص النوابي» هو شخص لم يتعلم كيف يتراخى، بل يرى المواقف كلها إما حسنة تماماً أو سيئة تماماً. وقد تنتج هذه السمة عن عمليات معينة في تكوين العادات أثناء الطفولة، فتصبح فيما بعد بمثابة العامل المهيء للذهان. على أن لا النظريات الفسيولوجية ولا النظريات النفسية التي ذكرت في تفسير ذهان الهوس والاكتئاب بالمرضية تماماً.

حالة الهوس:

لا يبدو إنسان في الدنيا بمثل السعادة التي فيها مصاب بحالة هوس خفيف، فهو مرح متفائل مبتسم، وهو سريع في كل ألوان نشاطه، سريع الحركة، سريع الكلام، كما يبدو أنه يفكر بأكثر من السرعة العادية. وهو لا يظهر الهياج أو الغضب إلا إذا منع من تحقيق رغباته. ويكون المريض سريع التنقل بانتباهه، ثم إن يتكلم ويسلك بطريقة عشوائية مما يسهل معه كشف عدم سوائه. وتبدو هذه الأعراض مكبرة في حالات «الهوس الحاد»، فالمريض المصاب بهذه الحالة يكون في حركة دائمة فهو يصيح ويغني وقد يمزق الملابس ويحطم الأثاث، ويرقص متحدياً غيره، مظهراً الغضب، محاولا الشجار لإظهار قوته أو سيطرته، كما يتحدى المسئولين عنه أو المشرفين عليه ويكثر الكلام طارقاً موضوعاً بعد الآخر دون وجود رابطة بين الموضوعات الكثيرة التي يطرقها. وقد يلجأ إلى السجع وضرب الأمثال والسب والوقاحة. وقد تنقلب موجة نشوته إلى غضب وثورة، خاصة إذا اعترض سبيله أي معترض. ونظراً للمشاكل التي يخلقها المريض في هذه الحالة بمشاكسة غيره من المرضى ومعاندتهم وتحديهم ومحاولة التدخل في كل شيء والسيطرة على الموقف، فقد تحتم الضرورة عزله لصالحه. ويهمل المريض في حالات التجلي حاجات النظافة وما تقتضيه لعناده. إلاّ أنه بالرغم من هذه الوقاحة والعناد وعدم تحمله للنقد تكون عنده حساسية زائدة وكبرياء يمكن استغلالها بإظهار الاحترام له، ومعاملته معاملة حسنة، وإظهار الصداقة له مما يؤثر فيه تأثيراً بالغاً.

ولما كانت هذه الحالة تجعل المصاب بها قليل النوم فإنه سرعان ما يستهلك نفسه بدنيا من الجهد المتواصل، وقد يكون المريض عاجزاً عن التوجه في الزمان والمكان أو مختلطاً إلى حين، ولكنه كثيراً ما يبدي قدراً يدعو إلى الدهشة من الاستبصار بحاله.

حالة الانهباط :

يقابل حالة الانهباط حالة الهوس في كل سماتها الأساسية ، فيبدو الشخص وقد غلبته الحسرة ، حزيناً منهبطاً ، فيتكلم المريض بصوت منخفض نائح وببطء شديد ، بل كثيراً ما يمر بعض الوقت قبل أن يجيب عن سؤال وجه إليه . وفي حالة الحزن يفقد المريض قدرته في السيطرة على نفسه ، إذ يصعب عليه كبح جماحها . وتعتريه فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ، فتعتريه البلادة الذهنية . ويختل تفكيره ، ويبدو كأنه يعاني من كابوس بغيض ، ويعبر المريض عن شعور مرير بالذنب متهماً ذاته مبينا مدى احتقاره لها ومدى جدارته بأقصى العقاب الذي يتوقعه من أي فرد في أية لحظة . ويصعب انتشال المريض من كربه فيفقد الشهية ولا ينام إلا غراراً ، ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية . وقد يستدعي الأمر إطعام المريض بالقوة . ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من جفاف الفم والحلق ، ومن كثير من الأمراض الجسمانية التي لا وجود لها . وتكون هذه الشكوى جزءاً من أوهامه وتتركز عادة حول وظائف المعدة والأمعاء ، وقد يصر بعض المرضى على عدم وجود معدة أو أمعاء لهم . ويخشى على كثير من هؤلاء المرضى من محاولة الانتحار وعادة لا يرسل هؤلاء المرضى إلى المستشفيات إلا بعد التهديد بالانتحار أو محاولته فعلا . كما أن من المشتبه فيه أن عدداً كبيراً من حالات الانتحار الفعلي ترجع إلى هذه الحالة . وبعض مرضى الانهباط يعانون من هذيانات المرض غير القابل للشفاء ، ولكن الغالبية منهم يخلون من الهذاء .

ومن الملاحظات المساعدة في التشخيص هي أن بداية المرض تكون عادة فجائية وقليلا ما نجده يحدث متدرجاً ، وتنتهي الدورة في حدود ستة أشهر إما تلقائيا أو نتيجة العلاج ، والعودة للمرض مرة أخرى متوقعة ، ولا يحدث تدهور عقلي أو انفعالي عند المريض .

ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين أعراض المرح أو الاكتئاب التي تصاحب بعض أشكال الذهان العضوي . ففي ذهان الهوس والاكتئاب لا تتأثر الذاكرة والذكاء والوعي بينما تتأثر وتتدهور في الذهان العضوي .

ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين الفصام . ففي ذهان الهوس والاكتئاب يكون اضطراب الشخصية مسألة «كم» أي يكون مسألة «أكثر» أو «أقل» من الحالة السوية ، ويكون هناك انسجام بين المزاج ومحتوى التفكير والسلوك ، ويكون اضطراب التفكير وعدم الترابط أقل وضوحاً ، بينما يكون في الفصام مسألة تفكك

الشخصية، ويبدو ذلك واضحاً في السلوك، ويكون التفكير واضح الاضطراب وغير مترابط وتحدده الهلوسات والهذيانات والأفكار الشديدة الغرابة.

علاج ذهان الهوس والاكتئاب:

١ - العلاج الطبي، ويعتمد على الدور الذي يعالج المريض أثناءه. ويفضل الأطباء استخدام ثيوريدازين (Thioridazine) لماله من أثر مزدوج في علاج الهوس والاكتئاب.

وفي دور الهوس يجب السيطرة على النشاط النفسي الحركي الزائد وعلى السلوك. ويمكن تحقيق ذلك بإعطاء كلوربرومازين. (Chlorpromazine) وإعطاء المسكنات حتى تنتهي النوبة وكذلك العلاج بالرجفة الكهربائية والعلاج المائي كمسكن.

وفي دور الاكتئاب يجب السيطرة على الاكتئاب ورفع الحالة المزاجية باستخدام الأدوية مثل توفرانيل (Tofranil) وإمبيرامين (Imipramine) والعلاج بالرجفة الكهربائية، وعلاج الأمراض المصاحبة مثل فقد الشهية والأرق والقلق. وحماية المريض من الإنهاك الشديد أو الموت جوعاً، والرعاية الخاصة للمرضى الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الانتحار.

٢ - العلاج النفسي، ويأتي بعد الاجراءات الطبية التي تجعل المريض أكثر استعداداً للعلاج النفسي، ويهدف العلاج النفسي في هذه الحالة إلى المساندة والدعم والحماية أثناء الدور، وفهم وحل مشكلات المريض وصراعاته واحباطاته وإعطاء الأمل في الشفاء.

٣ - العلاج الاجتماعي والبيئي وتخفيف الضغوط البيئية لتدعيم توافق المريض اجتماعياً على المدى الطويل.

٤ - العلاج الوقائي ضد النكسة، ولذلك يجب إبقاء المريض تحت الملاحظة الدقيقة لمدة طويلة وتحت العلاج والتوجيه، وتعليمه كيف يعبر عن انفعالاته وكيف يتجنب كبت الانفعالات وغير ذلك من الإجراءات الوقائية حتى نقلل احتمال النكسة. ويلاحظ أن المريض قد يشفى فجأة ثم يعاوده المرض مرة أخرى. وإذا حدثت النكسة فإنها تحدث بعد فترة تتراوح بين بضعة شهور إلى بضع سنوات.

وان نتائج علاج ذهان الهوس والاكتئاب جيدة بصفة عامة وخاصة في الحالات

التي يكون فيها المريض متوافقا في الفترة قبل الذهان ، وكلما كان البدء مفاجئا وحادا ، وكلما كانت هناك عوامل مرسبة خارجية واضحة ، وكلما قل تكرار النوبات ، وكلما بدأ العلاج مبكراً.

الشخصية السيكوباتية (Psychopatic)

هناك نوع من الخلاف بين علماء النفس حول مفهوم الشخصية السيكوباتية فيعرفها البعض بأنها تصف نواحي نقص أو قصور أو انحراف أو شذوذ في تركيب الشخصية ولكنه ليس نقصاً من نوع الذهان أو التخلف العقلي ومع هذا فهو نقص يحول بين الفرد وبين المشاركة الصحيحة في العلاقات الاجتماعية وبينه وبين الالتزام بقوانين وقيم المجتمع.

ويؤكد آخرون من علماء النفس أن الشخصية السيكوباتية بدون جدال شخصية ذهانية (Psychotic). كما أن هناك خلافاً على الأنواع المختلفة للشخصية السيكوباتية . فهناك مثلا التقسيم الذي تنادي به الجمعية الأمريكية للطب النفسي وهو يعتبر أن هناك أربعة أنواع هي :

١ - شخصية سيكوباتية تتميز بأنواع من الانحرافات الجنسية.

٢ - شخصية سيكوباتية تتميز بأنماط سلوكية مضادة للمجتمع.

٣ - شخصية سيكوباتية تتميز باضطرابات انفعالية.

٤ - شخصية سيكوباتية تتميز بكل ما سبق.

والواقع أنه من الصعب أن نصل إلى وصف محدد للشخصية السيكوباتية حيث تدخل تحت هذا الوصف كل أنواع الأفراد الذين يبدو في سلوكهم أنواع من الغرابة تعوق بينهم وبين التوافق السليم في المجتمع ولو أنهم من الناحية الجسمية والعقلية عاديين. ومن أمثلة السلوك السيكوباتي :

١ - السلوك العدواني الذي يميل إلى الاندفاع والعنف وعدم القدرة على التحكم في السلوك وقد يتطور هذا السلوك إلى القتل والسرقة والتدمير واحتراف الإجرام دون الشعور بالإثم أو الذنب.

٢ - السلوك الجنسي الشاذ كالسادية (Sadism) والماسوشية

(Masochism) (*) والاستعراض والجنسية المثلية (Homosexuality) وهي أنواع من الشذوذ تكثر بين الأشخاص السيكوباتيين.

٣ - الكذب والقصص الخرافي غير المعقول عن النفس وعن أعراض الغير.

٤ - الاكتئاب والتشاؤم الزائد والشعور الدائم بالخطر والتفكير الدائم في الموت أو الانتحار أو محاولته.

٥ - سرعة الانفعال والغضب الذي يصل لدرجة الانفجار مما يجعل هناك استعداداً قائماً للإجرام أو الانتحار.

٦ - الشخصية المنحلة الناشزة التي لا تتورع عن ارتكاب المخالفات والخيانات والتي يتميز صاحبها بالنقص الخلقي وعدم القدرة على التمييز بين الصواب والخطأ وبين الخير والشر.

٧ - الشخصية المتعصبة المتزمته التي لا تعرف المرح بل العنف في النشاط حتى الذي يهدف منه إلى الاصلاح وقد ينتهي بحالة من البارانويا.

ويدخل في عداد السيكوباتيين عتاة المجرمين، ومدمنو الخمر والمخدرات، والمتزمتون والمتشردون، والبلطجية، والمتعصبون، والعاهرات، والمرضى بالكذب وما شابه ذلك.

أسباب المرض:

يرجع بعض العلماء أسباب المرض إلى عامل الوراثة، ولكن البعض الآخر يؤكد أثر العوامل البيئية ويؤمن بأنه لا يكفي أن يكون المرض غير قابل للعلاج أن نعتبره مترتباً على أسباب وراثية. فالمعروف أن السلوك السيكوباتي يظهر في الطفولة ويستمر مدى الحياة ولا يخضع لأي نوع من العلاج.

ويبدو أن لكل من للوراثة والبيئة علاقة بالسلوك السيكوباتي، فالمعروف أن معظم الأمراض كما عرضناها ترجع إلى أكثر من سبب، وأن العوامل الوراثية والبيئية تتفاعل في إحداث الأثر النفسي أو العقلي المقصود.

(*) السادية والماسوشية مواقف تستثار فيها الأحاسيس الجنسية عن طريق الألم. وقد أطلق على النوع الأول الذي يحصل فيه على الاشباع الجنسي عن طريق إيقاع الألم على الغير اسم السادية نسبة الى المركيز دي ساد De Sade الفرنسي (١٧٤٠ - ١٨١٤)، وعلى النوع الثاني الذي يصل فيه الفرد الى الاشباع الجنسي عن طريق وقوع الألم عليه اسم الماسوشية نسبة إلى الروائي ساكر ماسوك Sacher Masoch (١٨٣٦ - ١٨٩٥) وقد وصف هذان الكاتبان هذا النوع من الألم وصفاً دقيقاً في مؤلفاتهما.

الباب الرابع

الاختبارات والتوجيه المهني لذوي العاهات

الفصل السادس عشر

تحليل الفرد (أ)
مبادئ وتقييم الطرق المتبعة

دراسة إمكانيات العميل والربط بينها وبين احتياجات العمل

بعد تحليل العمل كما جاء في الفصل السابق، يهمنا أن نحلل العامل وندرسه دراسة كافية بحيث يسهل علينا أن نوفق في الربط بين إمكانيات العامل واحتياجات العمل. وهذه الإمكانيات وتلك الاحتياجات بعضها جسمي وبعضها عقلي، وغرضنا هو البحث عن النواحي الممتازة في الفرد لنستغلها أحسن استغلال ممكن.

ونود هنا أن نذكر بعض المبادئ العاملة التي ينبغي مراعاتها في هذا الصدد، كما سنذكر أيضاً ما ينبغي تجنبه حتى لا نسيء إلى العامل.

ما ينبغي عمله :

١ – الاهتمام بالقدرات الموجبة.
٢ – الاهتمام بفردية العميل.
٣ – استخدام عبارات محددة.

ما ينبغي تجنبه :

١ – البحث عن نواحي الضعف والعجز.
٢ – تقسيم العملاء إلى مجاميع.
٣ – استخدام عبارات عامة.

أولاً : الاهتمام بالقدرات الموجبة :

الشيء الذي يجب أن يهتم به أخصائي التأهيل هو القدرات التي يمتلكها عميله، وليست القدرات التي فقدها بسبب الإصابة. ولو أن الفرق واضح بين القدرات ونواحي القصور أو العجز إلا أنه ليس من السهل فهمه، وينجم عن ذلك أنواع كثيرة من السلوك قد تؤدي الى الراحة والهناء أو البؤس والشقاء. ولكي نوضح المشكلة التي نحن بصددها الآن سنقارن بينها وبين مشكلة أخرى أكثر وضوحاً.

تلك هي مشكلة التصوير والعمليات المختلفة التي تمر عليها الصورة قبل أن نراها أمامنا صورة. لقد كانت فيلماً أو شريطاً حساساً تعرض للضوء فتعهده المصور في الحجرة المظلمة بالتحميض والطبع وعمل الرتوش والإصلاحات اللازمة. وأخيراً نجد أمامنا صورة نقيمها. وبناء على هذا التقييم نضعها في المكان المناسب إما في صدر الألبوم أو في نهايته أو مع مجموعة الصور المماثلة. فهل يهتم أحد منا إذا رأى عيباً في الصورة بالبحث في هذا النقص وما تم إزاءه في الحجرة المظلمة ما لم يكن هو مصوّراً يفهم تفاصيل العملية وكمية الحامض ومدة التعرض وبُعد عدسة المكبر عن الفيلم وهكذا؟ الإجابة هنا واضحة، وتبعاً لذلك يجب أن تكون الآن واضحة في مشكلة التأهيل، فأخصائي التأهيل يجد أمامه شخصاً مبتور الساق اصطدم بسيارة، ثم توجه إلى المستشفى ومكث فيه فترة من الزمن، أجريت له فيها عمليات جراحية وأخذت له صور أشعة وفي النهاية خرج إلى الدنيا وجاء أمام أخصائي التأهيل ليوجهه وفي يده تقرير طبي عن حالته. التفاصيل التي تهم الأطباء لا تهمنا هنا في شيء، وإنما الشيء الذي يهمنا – وهو الذي يجب أن تهتم به التقارير الطبية – هو قدرات العميل، أي ماذا تبقى عنده من إمكانيات لكي نستطيع أن نستغلها في التوجيه، أما الاكتفاء بذكر نواحي العجز فهذا لا يفيد أخصائي التأهيل في شيء.

وعلى ذلك ينبغي أن يتخذ التقرير الطبي صوراً متعددة أو صورتين على الأقل، إحداهما للطبيب نفسه ولغيره من الأطباء، ويشتمل على تشخيص واف، والمراحل المتعددة التي مرت عليها الحالة التي وصلت إلى ما هي عليه الآن، كل ذلك بلغة فنية خاصة بالأطباء، أما التقرير الآخر الذي يتناوله أفراد فريق التأهيل، فيجب أن تبرز فيه الأعمال والحركات التي يستطيع العميل أن يؤديها بنجاح تام وبدون أي ضرر مثل الجري والوثب، القفز، الانحناء، الانبطاح، الاضطجاع، اللي، الدفع، الحمل، الجلوس الطويل، كثيرة الوقوف...إلخ.

هذه مهمة قد لا يسهل على الطبيب أداؤها، ولكنه بحكم تخصصه يعتبر أنسب

الموجودين في فريق التأهيل لأداء هذه المهمة. وإنا نقدم هذه المشكلة للأطباء لدراسة وبحث الطرق والمعايير التي تستخدم لتقدير القدرات الجسمية بلغة العمل.

ثانياً: الاهتمام بفردية العميل:

كان من نتائج التفكير القديم في المشكلة، ذلك التفكير الذي كان ينظر إلى نواحي القصور أولاً بدلاً من بحث القدرات، أن قُسِّم ذوو العاهات إلى مجموعات: مجموعة العمى، ومجموعة الصم، ومجموعة المشلولين، ومجموعة الكسيحين ومبتوري الذراع ومبتوري الساق وهكذا... وقسمت الأعمال تبعاً لذلك في جداول فهناك بعض الصناعات المخصصة لمبتوري الذراع الأيمن وأخرى مخصصة لمبتوري الذراع الأيسر وهكذا... ولكن هذا التوزيع والعمل على أساسه أثبت فشله لأسباب كثيرة منها:

١ – أن مبتوري الذراع الأيمن مثلا يختلفون فيما بينهم اختلافاً كثيراً في نواح متعددة سبق أن أشرنا إليها، ثم إنهم يختلفون فيما بينهم في العاهة نفسها فمن الجائز أن يكون الذراع مبتوراً من تحت الكوع أو من فوق الكوع أو في أي جزء من الذراع وهذا يظهر اختلافات بين أفراد هذه المجموعة كما أن البتر من فوق الكوع بجانب. ذراع أيسر قوي وساقين متينتين يختلف عن حالة البتر في نفس المكان ولكن في صورة جسمية وإطار مختلف. ومثل ذلك يقال عن أصحاب أي عاهة أخرى.

٢ – ما ذكرناه عن الجماعة الواحدة كجماعة مبتوري الذراع الأيمن ينطبق على العمل الواحد، فمهنة «الترزية»، مثلاً لا يمكن اعتبارها عملاً واحداً. فهناك ترزي بلدي، وترزي أفرنجي، ولو أخذنا الأخير كوحدة فهناك «ترزي للجاكتة» وآخر «للبنطلون» وثالث «للصديري». ولو أخذنا ترزي الجاكتة وحده ففيها اختصاصات كثيرة فهناك من يقص القماش «مقصدار» وهناك من يتخصص في «البطانة» وثالث يقوم بتركيب «الزراير»، وعمل «العراوي» ورابع في «الخياطة» على الماكينة... وهكذا... ولو أخذنا خياط الماكينة وحده فهناك من يستطيع المثابرة على العمل ست ساعات متواصلة بدون ملل، وهناك من لا يستطيع العمل عليها أكثر من ساعة ثم لا بد له أن يغير نوع العمل أو يأخذ قسطاً من الراحة.

أي أننا نجد أن المهنة الواحدة يمكن أن تتجزأ إلى وحدات كثيرة متنوعة تحتاج كل منها إلى قدرات جسمية (وقدرات عقلية أيضاً) مختلفة. هذا علاوة على النواحي المزاجية والميول التي لم نتعرض لها هنا، فهناك من يفضل العمل في ورشة كبيرة وآخر يفضل العمل

في محل صغير به عدد قليل من العمال وثالث يفضل أن يعمل منفرداً وفي هدوء ، وهذا يحب أن يكون رئيساً للعمل ، وذلك يفضل ألا يتحمل أية مسؤولية كانت ، وهذا يتعاون مع الجميع من أي سن وأي جنس وذلك يأبى إلا أن يتعامل مع رجال من سنه وهكذا... ومن كل ذلك يتبين أهمية دراسة كل فرد على حدة .

ثالثاً : استخدام العبارات المحددة :

لكي يكون عملنا دقيقاً ، ينبغي أن نستفيد من جميع أحكامنا ، فلو أننا درسنا الفرد ودرسنا وحدات العمل ولم نُخرج نتائج هذه الدراسة في عبارات محددة ، فإننا لا نستفيد كثيراً بالمجهودات التي بذلت في هذه الدراسة .

طرق التعبير قد تكون عامة وقد تكون خاصة . ومن الأمثلة الأولى أن يوصف الشخص أو يوصف العمل بصفات مثل طويل ، متوسط ، قصير .

أو ثقيل ، متوسط ، خفيف .
أو لا شي ، قليل ، متوسط ، كثير .
أو لا يوجد ، أحياناً ، غالباً ، دائماً .

وتكون نتائج هذه التقريرات مثلاً أن يوجه الشخص الذي يستطيع رفع اثقال خفيفة إلى العمل الذي يتطلب رفع اثقال خفيفة ، والنقد الذي يمكن أن يوجه إلى هذه الطريقة واضح ، فالأحكام شخصية محضة ، وما اراه خفيف الوزن قد تراه متوسطه . وما اراه على انه قليل قد تراه على انه كثير ، فالطبيب يقول عن احد الأشخاص انه يستطيع رفع اثقال خفيفة و «الطبيب الآخر يقول عن نفس الشخص انه يستطيع أن يرفع احمالاً متوسطة ، واخصائي الصناعات يقدر لاحدى الصناعات انها تتطلب احمالاً ثقيلة وآخر يقدر لنفس الوحدة الصناعية انها تتطلب احمالاً متوسطة .

هذه الأحكام الذاتية التي لا بد أن تتضارب تجعلنا لا نستطيع أن نعتمد عليها ، وقد عملت بالفعل ابحاث لقياس مدى اتفاق مختلف الأشخاص في احكامهم على بعض الصناعات ، فوجد أن متوسط معامل الارتباط بين مختلف الأحكام منخفض إلى درجة تجعلنا نقول بأنه لم يكن هناك بينهم أي اتفاق يذكر . ونفس النتيجة يمكن تطبيقها على احكام الأطباء حينما يستخدمون عبارات عامة .

وربما كان السبب في ذلك أن الصفة الواحدة لها ثلاثة ابعاد أو أكثر ، فلو اخذنا حمل الأثقال مثلاً فهذا يتضمن :

١ – كمية الثقل.

٢ – المدة التي يمكن أن يحمل فيها هذا الثقل.

٣ – عدد المرات التي يمكن أن تتكرر فيها هذه العملية يومياً.

فكيف نستطيع اذن أن يكون حكمنا كاملاً بكلمة «خفيف» أو «ثقيل»؟ وكيف نستطيع أن نقارن بين شخصين يستطيع أحدهما أن يحمل ثقلاً زنته ٢٠ كيلو جرام لمدة ربع ساعة ويحتاج لفترات راحة بين كل مرة والأخرى قدر كل منها ٣ دقائق وأن يستمر في هذه العملية طول مدة العمل (أي ٨ ساعات يومياً).

وشخص آخر يستطيع أن يحمل ثقلاً زنته ٣٠ كيلو جرام لمدة ١٠ دقائق ويحتاج لفترات راحة بين كل مرة والأخرى قدر كل منها ٥ دقائق وأن يستمر في هذه العملية نصف فترة العمل اليومي (أي ٤ ساعات يوميّاً).

انستطيع أن نقول ان الأول يستطيع رفع احمال خفيفة وأن الثاني يستطيع رفع احمال ثقيلة أم ماذا؟

واضح أن أي حكم كان لا بد وأن يكون خاطئاً لأننا نصف على الأقل ٣ اشياء (ابعاد) بصفة واحدة. وعلى ذلك فانه ينبغي استخدام التقديرات الموضوعية دون محاولة للتبويب أو التجميع تحت كلمات مبهمة غير محددة مثل كبير وصغير أو ثقيل وخفيف أو غير ذلك. وأن نطبق هذا المبدأ حين نصف الأعمال وحين نصف الأشخاص، وبذلك يسهل الربط بينهما فالعمل الذي يحتاج إلى رفع اثقال زنتها كذا لمدة كذا عدداً من الفترات قدرها كذا – يوجه إلى هذا العمل الشخص الذي عنده هذه الصفات المحددة.

بعد ذلك ننتقل إلى بحث موضوع تحليل الفرد، وسنبحث أولاً في الطرق المتبعة فعلاً في التوجيه ونقيمها، ثم نقدم بعض الطرق والاساليب لتحسن أو لتحل محل تلك التي يتضح عدم لياقتها.

تقييم الطرق المتبعة في تحليل الفرد

تقييم الاستمارة التي يقدمها العميل

وهي تلك الاستمارة التي تشتمل على بيانات خاصة بتاريخ حياة العميل. وعلى اساسها يأخذ الموجه فكرة مبدئية عن ميدان العمل الصالح. وعادة ينظر إلى الاستمارة

كوحدة، وعلى ذلك يحسن أن نفكر في كل سؤال وقيمته بالنسبة للتوجيه وان نلغي كل سؤال ليس له قيمة.

فمثلاً من الأسئلة التي لها دلالتها (السن – وعدد سنوات الدراسة – وسنة التخرج والأعمال السابقة... الخ).

وقد عملت عدة دراسات في اثناء الحرب العالمية الثانية لبحث مثل هذه الاستمارات وتقدير اوزان الاسئلة المختلفة حتى تعطي نتائج يمكن الاعتماد عليها في التوجيه. وبذلك قد تفيدنا الاستمارة - اذا احسن اختيار اسئلتها – فائدة محدودة قبل بدء باقي خطوات التوجيه.

قيمة الصور الفوتوغرافية

من الأمور الشائعة في التوجيه (والاختيار المهني) استخدام الصور في الحكم على الذكاء والرجولة والخلق والشجاعة والاندماج الاجتماعي وغير ذلك من الصفات. والابحاث المختلفة في ذلك بيّنت بوضوح أن هذه الصور لا يمكن أن تعطي نتائج صحيحة بحيث يمكن الاعتماد عليها في التوجيه.

ومن امثلة نوع التجارب التي عملت في هذه الناحية الآتي: – في الاحتفاظ البرونزي لاحدى الجامعات، جمعت صور لبعض الخريجين في سنة التخرج، وصور اخرى لهم انفسهم بعد مضي ٢٥ سنة. وعرضت الصور على خبراء في مختلف المهن، ولم يذكر لهم أن هناك صورتين للشخص الواحد (صورة بعد الأخرى بخمس وعشرين سنة) وحددت لهم الاسئلة على الوجه الآتي:

١ - ما المهنة التي تظن أن هذا الشخص يعملها أو يليق لها من بين اربع مهن وهي الطب والمحاماة والهندسة والتدريس؟

٢ اتظن أن هذا الشخص ناجح أم غير ناجح؟

وطلب من كل حكم أن يقدر النسبة المئوية لتأكده وأن يقرر الأساس في حكمه مثلاً (شكل الوجه التقاطيع المختلفة - موضع العينين... الخ)

وكررت نفس التجربة وكان الحكام في هذه المرة ليسوا من الخبراء بل من الطلبة. وفي كلتا التجربتين كانت النتائج بخصوص النجاح وعدم النجاح قريبة من ٥٠٪ احكام صحيحة و ٥٠٪ احكام خاطئة ومعنى ذلك اننا وصلنا إلى نفس النتيجة التي نصل اليها

لو استخدمنا قطعة نقود ورميناها فلو نزلت على الصورة يكون معناها نجاحاً ولو نزلت على الكتابة كانت معناها «الفشل» أي انه ليس هناك أي اساس للأحكام.

وحينما سئل الحاكم عن مدى ثقتهم في احكامهم، ذكر الخبراء أن درجة ثقتهم ٥٥٪ أما الطلبة فقد كانت درجة ثقتهم ٣٥٪ وذلك رغم عدم الثقة في كلتا الحالتين كما سبق أن بينا.

واساس الحكم كان «تعبير الوجه» أو «التأثير العام».

واضح من ذلك أن استخدام الصور للتوجيه المهني ليس له أي قيمة تذكر. وينبغي أن تقتصر قيمة الصور المرفقة بالاستمارات على امرين:

أولاً: التحقق من شخصية المتقدم.

٢: الحكم المبدئي على المظهر.

الطرق التقليدية لتحليل الخلق

ذكرنا أن الصور الفوتوغرافية ثبت فشلها في الحكم على الشخص، وسنتحدث الآن عن طرق اخرى اتبعت في الحكم على الشخص، وسنبدأ باحدى الطرق المتبعة في تحليل الخلق وهي طريقة «الحكم من الكتابة»، ثم نتحدث عن «المقابلة».

الحكم من الكتابة: Graphological system

الأصل في هذه الطريقة هو اتخاذ الروابط بين النواحي الجسمية والنواحي النفسية (Psichophysical) كأساس للحكم وكان من اوائل العلماء الذين لجأوا إلى هذه الطريقة «الفريد بينيه» (Binet) ثم تبعه كثيرون وحسبت معاملات الارتباط بين الصفة التي يوصف بها الخط وما كان يظن من الصفات الخلقية أو المزاجية انه متصل أو مرتبط بها فكانت النتائج كالآتي:

الصفة	اسلوب الكتابة	معامل االرتباط
الطموح	اتجاه الكتابة إلى اعلى	٢٣و٠
المثابرة	اتساع الكتابة إلى اسفل	-- ٠٥و٠
الاناقة الشخصية	الاناقة في مظهر الخط	٢٣و٠
الفردية المتميزة	الفردية المتميزة في مظهر الكتابة	١٥و٠

وهذه تبين بوضوح أن معاملات الارتباط كلها منخفضة إلى حد يبين عدم دلالتها. وفي بعض الاحيان نجد أن الارتباط سلبي أي ضد ما كان يتنبأ به اصحاب الفكرة.

ولكن الأشخاص الذين اتخذوا مهنتهم «الحكم من الكتابة» لم يقبلوا هذه النتائج بحجة انه لم تراع فيها اصول تحليل الكتابة اذا اقتصر فيها على تكبير للكتابة تحت الميكروسكوب، والواجب أن يفحص نمط الكتاب بصفة عامة والارتباطات المختلفة في هذا النمط أو ما يطلقون عليه « global pattern ». وقاموا هم بدراسات جاءت نتائج مؤيدة لهم.

ومن هذه الدراسات، ارسل إلى «Saudek» ٧٣ عينة كتابة مرسلة من ١٨ مصنعاً فكان بأن ١٩ عينة كتابة، اصحابها ليسوا امناء، و٥٤ عينة الكتابة الباقية اصحابها امناء.

وقد ايدت المصانع هذا التشخيص في ١٤ حالة من ال ١٩ وجاء تشخيص ٥٤ حالة صحيحاً. وكثيرون آخرون حصلوا على نتائج مشابهة.

وعلى ذلك فان علماء النفس حتى الآن ما زالوا غير مستقرين على رأي موحد ازاء موضوع الحكم على شخصية الفرد من كتابته، والشيء الثابت هو أن الكتابة ليس لها قيمة تذكر للتنبوء بنجاح شخص في عمل ما.

تقييم المقابلة

المقابلة أو المناقشة من أكثر الطرق انتشاراً واستخداماً للتوجيه المهني (والاختيار المهني) ويعطى لها عادة وزن كبير، وقد بينت الدراسات التجريبية أن المناقشة بالطريقة التي تُدار بها عادة تفشل في الوصول إلى نتائج صالحة أو ثابتة فيما يختص بالاستعدادات والخصائص المزاجية والاتجاهات وغير ذلك من سمات الشخصية. وفي الدراسات التي تعدد فيها عدد المختبرين، والتي قيم فيها كل مختبر على انفراد عدداً من الاشخاص ظهر أن الاختلافات كانت واسعة للغاية[1].

ومن جهة اخرى بينت الدراسات أن التنبؤات التي تأتي نتيجة المقابلة والمناقشة لم تتفق مع الواقع، ومع ذلك فان المختبرين يختلفون فيما بينهم فبعضهم كانت تنبؤاته ادق من بعضهم الآخر.

---

(١) Oldfield: Psychology of the Interview.

العمل على تحسين المقابلة :

ان اهم العوامل التي تقلل من قيمة المقابلة والمناقشة هو عدم تحديد الاصطلاحات المستخدمة ، واختلاف الظروف التي تجري فيها المناقشات ، واختلاف تدريب وخبرات المختبرين . وان آثار هذه الأخطاء يمكن أن تقلل إلى حد كبير باجراء بعض التعديلات في اساليب المناقشة .

ومن ذلك ما يأتي :

١ – اختيار الصفات المطلوب مراعاتها في اثناء المقابلة وتحديدها تحديداً دقيقاً .

٢ – التعبير عن الأحكام بطرق مقننة كأن يكون هناك مقياس مدرج . فمن الممكن تقدير الصفات الخلقية والمزاجية على المقياس ، والوصول إلى نتائج مقاربة لتلك التي نحصل عليها من الاختبارات . وقد عملت بعض الدراسات لايجاد معامل ثبات الأحكام الناتجة عن المقابلة فوُجد في احدى هذه الدراسات أن معامل الثبات ٧١و٠ وفي غيرها ٨٨و٠ كما وُجد أنه بعد تدريب بعض الأفراد على المناقشة وتقدير الاحكام على مقياس مدرج ، ان الاختلافات لم تكن في اكثر من خُمس المقياس (اختلافات عن متوسط التقديرات كلها للصفة الواحدة) .

ومن الدراسات التي عملت وتثبت اهمية المقابلة اذا قام بها افراد تدربوا على ذلك الفن ما يأتي : – في احدى الدراسات لمركز التدريب على الطيران بفلوريدا (The Aircraft Warning Training Center at Florida) قُبل بعض الطلبة على اساس الاختيار بعد المناقشة ، وقُبل البعض الآخر بدون اساس ، وتوبعت الحالات فكانت النتيجة أن نسبة من تخرجوا ٨٤٪ من بين من دخلوا باختبار شخصي و٢٩٪ فقط من الباقين ، كما أن نسبة من تخرجوا بدرجات «ممتازة» و«جيد جداً» من بين المجموعة الأولى أكبر بكثير منها بين المجموعة الثانية كما يتضح من الجدول الآتي :

نتيجة الامتحان	النسبة المئوية للمجموعة التي اختبرت اختباراً شخصياً	النسبة المئوية للمجموعة التي لم تختبر
نجاح بمقبول	١٤	١٦
جيد	٣١	٨
جيد جداً	٣٥	٦
ممتاز	٤	٠
المجموع	٨٤٪	٢٩٪

ودراسة اخرى مماثلة حسب فيها نسبة العمال الذين فصلوا من المصنع ، فوُجد أن نسبة من فصلوا من بين الذين سبق اختبارهم تقل كثيراً عن غيرهم ممن لم يختبروا اختباراً شخصياً.

ولكنا نود أن نتساءل : هل في حالة الأعداد الكبيرة يمكن أن نلجأ إلى المقابلة ، وهل الوقت والجهد الذي يبذل في ذلك يتناسب مع النتائج التي نحصل عليها؟ وهل من الممكن الحصول على نفس النتائج تقريباً عن طريق آخر؟

عملت دراسات مقارنة في ذلك الصدد وتبين أن اختباراً تحريرياً (Paper & Pencil) يمكن أن يوصلنا إلى نفس النتائج تقريباً دون بذل الوقت والمال اللازم للاختبار الشخصي.

واذا كان لا بد من الالتجاء إلى الاختبار الشخصي في التوجيه المهني فان الميدان ما زال في حاجة إلى الدراسة والبحث.

كلمة ختامية :

واضح أن بعض الطرق التقليدية التي استعرضناها (الاستمارة والصور والكتابة والمقابلة) اذا احسن استخدامها كان لها مكانٌ بين الطرق التي تستخدم في التوجيه المهني ، وواضح أن الحاجة ماسة إلى قياس الصفات اللازمة للتوجيه المهني بطرق أكثر موضوعية وهذا موضوع الفصل التالي.

الفصل السابع عشر

تحليل الفرد (ب)
الاختبارات السيكولوجيّة وغيرها من وسائل التوجيه المهني

الشروط الواجب توافرها في الاختبارات

عندنا من الأدلة العلمية والعملية ما يبين بوضوح أن الاختبار السيكولوجي يعتبر أداة ممتازة لقياس الصفات اللازمة للتوجيه المهني بطرق موضوعية. وهذا لا ينطبق بالطبع إلا على الاختبارات العلمية الصحيحة، والتي يشترط فيها عدة شروط من أهمها: —

١ — أن يكون الاختبار صادقاً « valid » أي يقيس حقيقة الشيء الذي من أجله وضع الاختبار ولا يقيس شيئاً سواه. فان كان الاختبار مثلا لقياس قدرة المرء على التفكير الحسابي، فيجب أن تكون العمليات الحسابية فيه أبسط ما يمكن حتى لا تتدخل في الموضوع وتعرقل السير في الحل، كما ينبغي أن تكون لغة المسائل سهلة بحيث لا تعوق الفهم وبحيث لا يكون الاختبار حينئذ امتحاناً في اللغة.

ومعامل صحة الاختبار رقم يدلنا على مقدار نقاء الاختبار وخلوه من العوامل التي تفسد عليه قياس ما يدعي أنه يقيسه.

٢ — أن يكون الاختبار ثابتاً « reliable » أي أنه يعطي نفس النتائج تحت نفس الظروف في جميع الأوقات. ومن الجائز أن يكون الاختبار ثابتاً، ولكنه ليس صادقا لأنه يقيس شيئا مخالفاً لما يدعي قياسه، ولكنه ثابت في هذا الادعاء الخاطئ.

ويمكن العمل على زيادة معامل ثبات الاختبار بإزالة جميع العوامل المتغيرة والتي تؤثر على النتيجة، ومن أمثلة ذلك فرص التخمين في الإجابة وعدم موضوعية الأمثلة وما إلى ذلك.

هذان الشرطان هما في الواقع من أهم الشروط ويتضمنان في الواقع شروطاً أخرى ، فصدق الاختبار (أو صحته أو صلاحيته) يتضمن ما يأتي :

(أ) أن يكون الاختبار شاملا « comprehensive » أي أنه يغطي الميدان أو المنهاج الذي يحاول قياسه ، ولا يكتفي بنماذج لا تعتبر عينة كافية لقياس المنهاج كله كما يحدث في الامتحانات المدرسية العادية .

(ب) أن يكون الاختبار مميزاً « Discriminative » أي أن يميز بين القوي والضعيف . ولكننا نعلم أن أي امتحان عادي قد يميز بين القوي والضعيف . ولكن نقصد هنا أن يكون ميزاننا حساساً للغاية بحيث انه يتأثر لأقل الفروق ، وبحيث يصبح كميزان تاجر المجوهرات وليس كميزان القصاب . إننا نريده كمقياس الأطوال الذي يستخدمه عالم الطبيعة فيتأثر بأجزاء المليمتر ، وليس كمقياس تاجر الأقمشة الذي لا يبالي بعدد من السنتيمترات زيادة أو نقصاً .

(ج) أن يكون موضوعياً « objective » ، فلا يمكن أن تُفهم تعليماته أو أسئلته إلاّ بكيفية واحدة ، ولا يمكن أن يختلف اثنان في طريقة إجرائه أو تصحيحه أو فيما عدا ذلك . فلو أنني أجريت الاختبار بنفسي أو أجراه شخص غيري من المختصين في الاختبارات فإننا لا بد سنعمل نفس الشيء ونصل إلى نفس الهدف .

(د) وهذا الشيء الذي نصل اليه سوف نفسره بنفس الكيفية ، فالدرجة ٣٠ مثلا في اختبار معين تعني شيئاً محدداً له دلالة معينة . ومعنى ذلك أن يكون الاختبار مقننا « standardised » فهناك مستويات مختلفة ، فمثلا الأطفال العاديون من سن ١٢ سنة يحصلون على درجة ٣٧ في هذا الاختبار وسن ١٣ سنة يحصلون على ٤٣ درجة وهكذا . وعلى ذلك فالشخص الذي يحصل على ٤٠ درجة ، معناه أنه وصل الى المستوى الذي يصل اليه شخص عادي عمره ١٢،٥ سنة حسب المعايير أي الجداول المقننة . وهناك طرق مختلفة للتعبير عن المعايير لا داعي للتحدث فيها هنا ، إنما يكتفى بالإشارة إلى طريقة أخرى علاوة على السابقة ، وهي الطريقة المئوية Percentiles فدرجة معينة في الاختبار تقابل المئوي السبعين مثلا وهذا معناه أن هذه الدرجة لا يفوقها إلا ٣٠٪ من الدرجات ولكنها تعادل أو تزيد عن ٧٠٪ من درجات باقي الأفراد الذين ينتمون إلى نفس المجموعة .

الاختبارات المستخدمة في التوجيه المهني

هذه الاختبارات تتضمن :

(أ) اختبارات الأداء

(ب) اختبارات الاستعداد والقدرات

(ج) اختبارات الميول

(د) اختبارات الاتجاهات

(هـ) اختبارات النواحي الخلقية والمزاجية

اختبارات الأداء

وهذه الاختبارات تستخدم لقياس ما اكتسبه الفرد من معلومات وما حصل عليه من خبرات ، وهي على ذلك تتضمن اختبارات تحصيلية Achievement Educational Tests أو اختبارات صناعية أو تجارية Trade Tests

والنوع الثاني من هذه الاختبارات له أهمية خاصة في الاختيار المهني لأنه :

(أ) يظن مقدم الطلب أو يدعي أن له خبرة كافية في أمر ما على حين تكون خبرته سطحية للغاية .

(ب) لا يمكن أن نعتبر أن الفترات التي سبق للشخص أن اشتغلها في جهات أخرى كافية للحكم عليه أنه اكتسب خبرات كافية .

اختبارات الاستعداد والقدرات

هناك اختبارات لقياس الاستعداد الفطري العام أي القدرة العامة (الذكاء) واختبارات أخرى لقياس القدرات الخاصة التي أمكن للشخص أن يكتسبها كالقدرة الميكانيكية أو اليدوية .

والغرض من هذه الاختبارات أنها تمكننا من أن نستطيع التنبؤ بقدرة الشخص على استغلال الفرص التي تهيأ أمامه للتعليم والتدريب واكتساب المهارات المختلفة . فلو وجهنا شخصاً الى صناعة أو حرفة معينة فينبغي أن نكون متأكدين من أنه سيستطيع الافادة من التدريب على هذه الصناعة بحيث يصبح عاملا ناجحاً إذن فوظيفة هذه الاختبارات الأساسية هي كما سبق أن ذكرنا التنبؤ Prediction

الاختبارات الحسية والحركية :

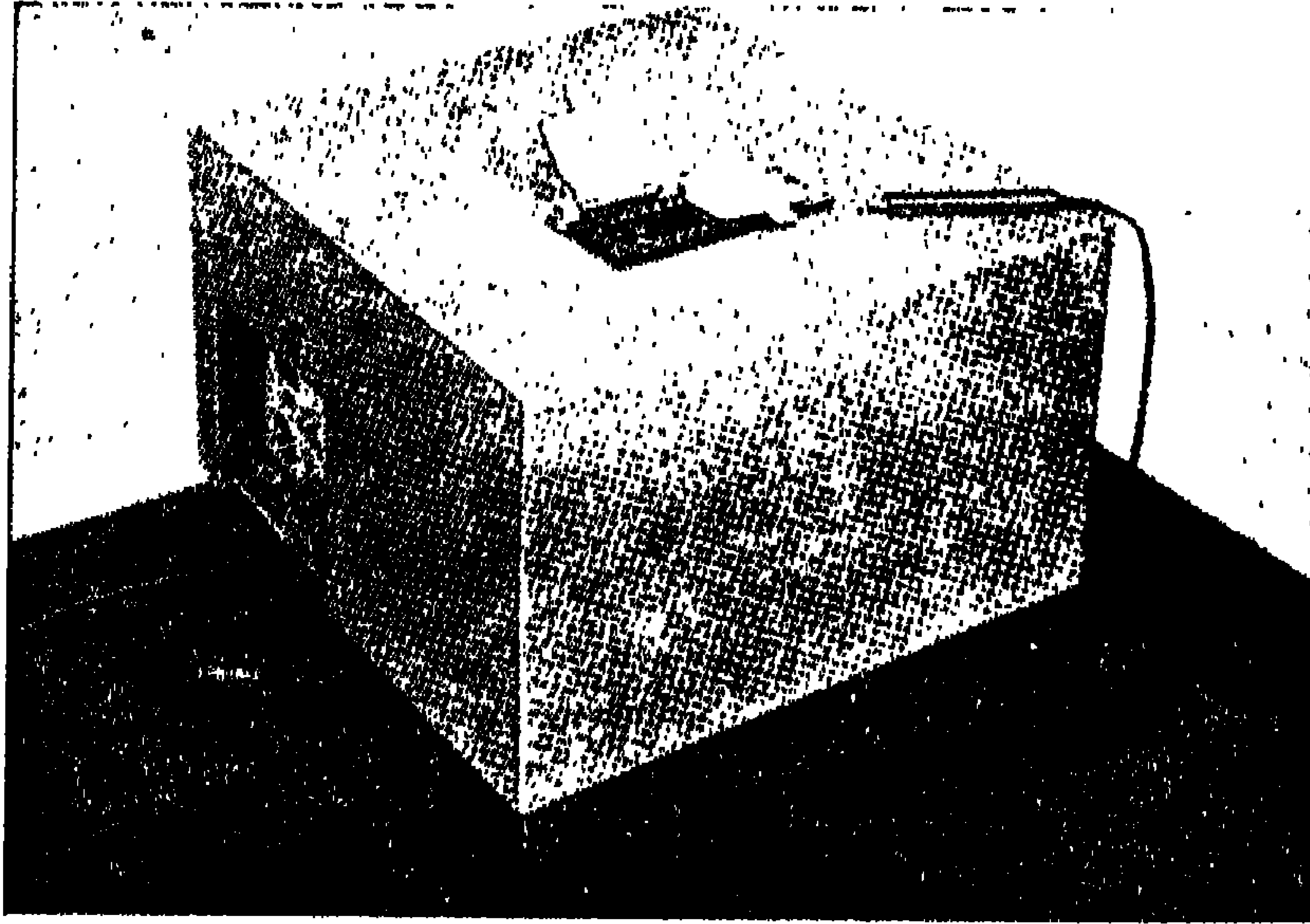
هناك اختبارات عدة لاختبار مقدرة الفرد في النواحي الحسية والحركية ، ومن هذه : اختبار

قوة تحمل الجسم وسرعة الحركات واتزانها... سرعة التعب. وهذه الاختبارات تتضمن عادة اختبارات للتصويب والتنقيط والنقر وسرعة رد الفعل واختبارات التوافق العضلي وما إليها. وإلى زمن قريب لم تكن هناك اختبارات كثيرة مقننة من هذا النوع بحيث يمكن الاعتماد على نتائجها. وقد بدأت حديثاً حركة علمية لتقنين مثل هذه الاختبارات، وعلى رأس هذه الحركة الأستاذ «بوناردل» (Prof. Bonardell) ومن أمثلة هذه الاختبارات (*).

اختبار التصويب : Aiming Test

ويرمز لهذا الاختبار بالرمز (P.T) وهو من وضع الأستاذ «لاهي» Lahy. وهذا الاختبار يقيس القدرة على دقة التوافقات البسيطة، والقدرة على أداء العمل الروتيني تحت ضغط ظروف معينة. وفي الجهاز - كما هو موضح - نجد قلماً معدنياً يمسك به الفرد ويضعه في ثقوب تظهر تباعاً في الشباك الذي نراه بالسطح العلوي وبداخله أسطوانة متحركة، وتزداد سرعة الأسطوانة تدريجياً كما تزداد الثقوب التي ينبغي للفرد أن يصوب قلمه نحوها.

وهناك مقياس يسجل أوتوماتيكيا عدد الثقوب التي نجح المختبر في التصويب عليها.

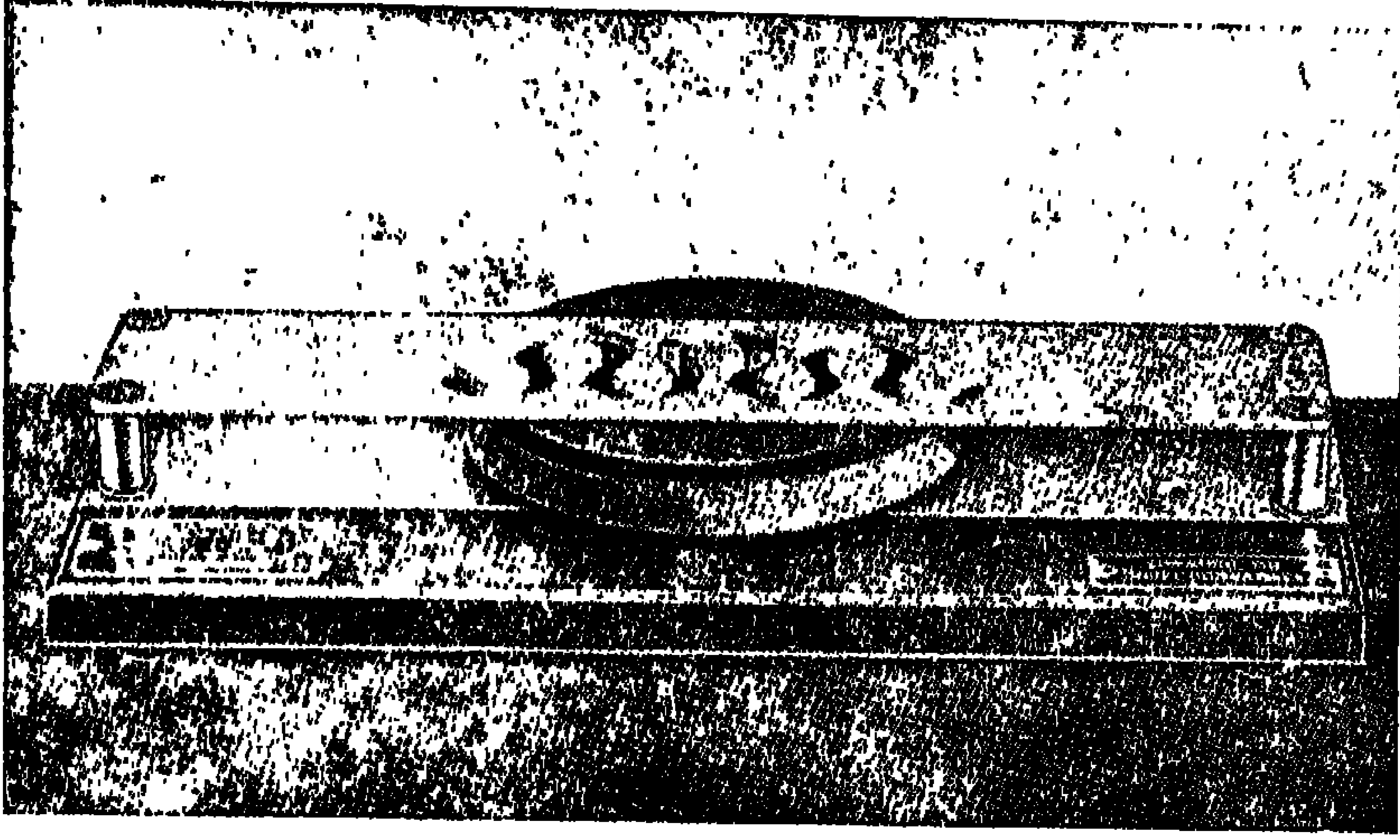


(شكل ١٥)
جهاز لاختبار التصويب

(*) لزيادة التفاصيل. يمكن الاطلاع على مطبوعات :
"Etablissements D'applications Psychotechniques".

اختبار سينوسويد : Sinusoid

ويرمز لهذا الاختبار بالرمز (.S.N) وهو من وضع الأستاذ « بوناردل » لقياس دقة حركة اليدين ، والتوجيه الى الأعمال التي تتطلب حركة اليدين معاً بمنتهى الدقة . والجهاز عبارة عن قرص مثبت على دبوسين يحركها المختبر في مجرى خاص . ويسجل على المختبر الوقت الذي يلزمه لأداء هذه المهمة كما تسجل عليه الأخطاء بطريقة أتوماتيكية .



(شكل ١٦)
اختبار «سينوسويد» لقياس القدرة على دقة العمل باليدين معاً

اختبار التعب : Fatigability Test

ويرمز لهذا الاختبار بالرمز .D.E وهو من وضع الأستاذ « لاهي » « -Lahy's self "recording Dynamograph" » ويختبر هذا المقياس قوة الشخص وقدرته على التحمل كما يبدو من مقدرته على الضغط باليد . والجهاز كما هو موضح بالرسم — به مقبض من الكاوتشوك وخرطوم مملوء بالماء . والضغط على المقبض يسبب دفع الماء وبالتالي يحرك إبرة تعلم على الورق الملفوف على أسطوانة يحركها موتور كهربائي .. والرسم البياني الناتج ، واهتزازات المنحنى تمثل مجهود الفرد وقوة ضغطه وقدرته على التحمل .

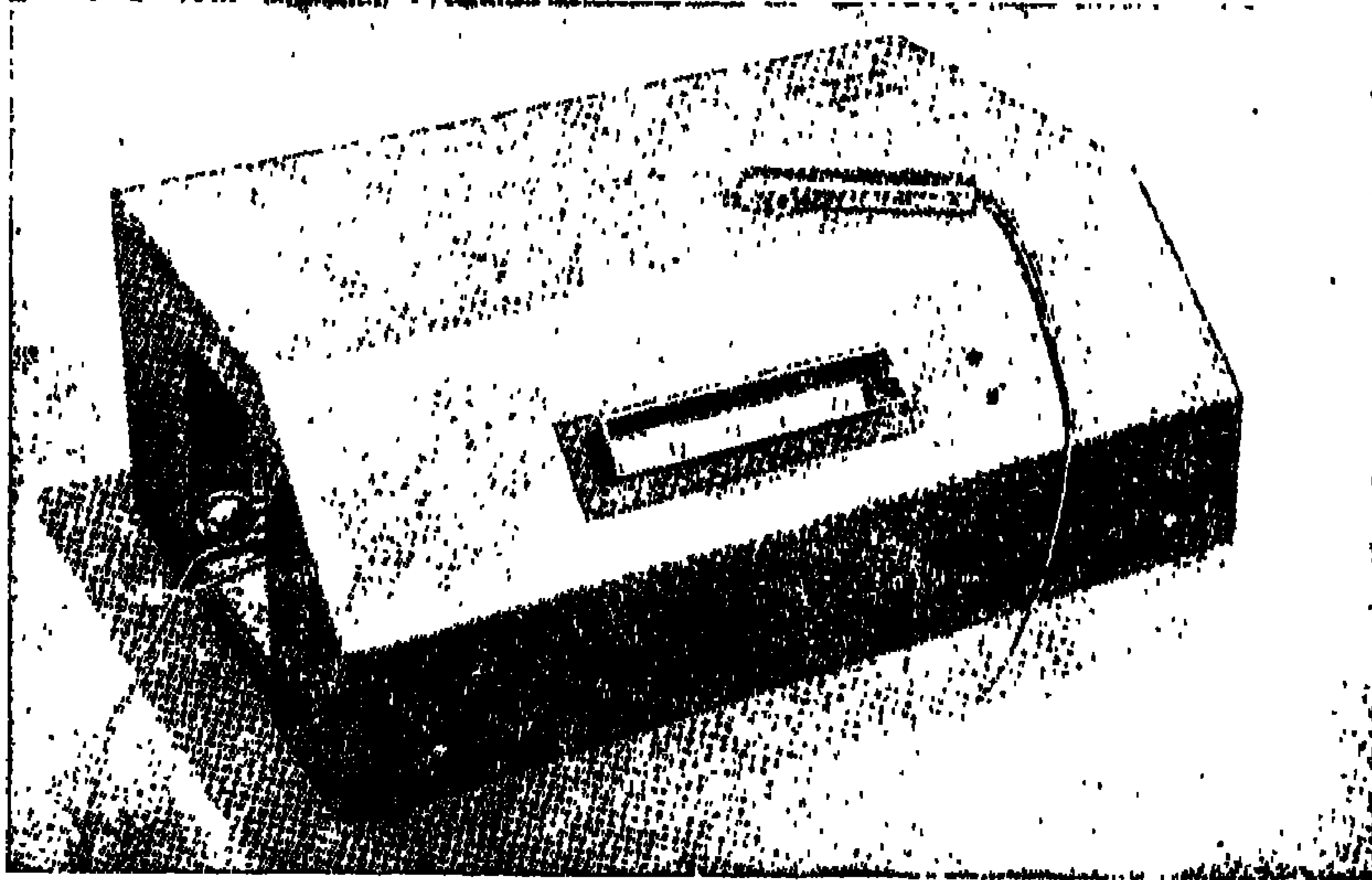
اختبار الانتباه اليدوي Manual attention ويرمز لهذا الاختبار بالرمز M.A. وهو من وضع الأستاذ «لاهي» لقياس القا..ة على الربط بين الإدراك البصري والتنفي ي.

والجهاز عبارة عن صندوق به نافذة يلف فيها اسطوانة، وعليها ورقة مدون بها سلسلة من الحروف وتلف بسرعة معينة. وعلى المختبر أن ينظر لهذه الحروف ويسجلها بيده على مفتاح تلغراف. وبالجهاز مقياس يسجل عليه الصواب والخطأ.



شكل (١٧) ديناموجراف التعب

وسنكتفي بهذا القدر لتوضيح فكرة هذه الاختبارات التي نجد منها الآن ما يزيد على الأربعين مقياساً ما زالت في دور التجربة.



(شكل ١٨)
اختبار القدرة على الربط بين الإدراك البصري، والتنفيذ اليدوي

اختبارات الميول

يقصد بالميل « Interest » التعلق بأمر معين والإقبال على الانتباه إليه والاستمرار في الاهتمام به في شيء من الاحتمال والرغبة. فالميل يدفع الشخص لأن ينتبه ويحب الشيء أو الشخص أو نشاطاً معيناً، ويسبب له ذلك ارتياحاً وسروراً.

واختبارات الميول المهنية تهتم أولا باكتشاف درجة عمق الميل نحو مهنة معينة وكذلك التنبؤ بدوام هذا الميل.

فاختبارات الميول المهنية إذن لها قيمة كبرى في:

١ — معرفة ما إذا كان الفرد سيهتم بالعمل الذي سيوجه إليه بحيث يبقى فيه.

٢ — معرفة ما إذا كان سيجد نفسه بين رفاق لهم نفس الميول.

٣ — اقتراح ميادين جديدة للعمل لم يفكر فيها الشخص جدياً من قبل.

وفي بعض الأحيان يستغل اختبار الميل للتنبؤ بنجاح الشخص في المهنة، والنجاح هنا من زاوية الارتياح satisfaction أكثر من زاوية الإنتاج. (وإن كان هناك ارتباط).

ومن أشهر الاختبارات الشائعة الاستخدام اختبار كودر « Kuder Preference Record » واختبار استرونج « Strong Vocational Interest »

ويتضمن الميول العلمية والأدبية والفنية والموسيقية والحسابية والميكانيكية والخلوية والميل للاجتماع، وتصنف المهن على حسب اختبار كودر للميول كما يأتي:

الخلوي: الفلاح، البستاني، الزراعي، النباتي، الصياد.

الميكانيكي: ساعاتي، ميكانيكي، مهندس، سائق.

الحسابي: صراف، محاسب، إحصائي.

العلمي: طبيب، كيميائي، صيدلي، مهندس، بحاثة.

الإيحائي الإقناعي: سياسي، ممثل، مذيع بالإذاعة، واعظ، تاجر.

الفني: مثال، مصور، مهندس زخرفة، مصمم أزياء.

الأدبي : روائي ، صحفي ، مؤلف ، شاعر ، ناقد ، مدرس .

الموسيقي : موسيقي ، مغنٍّ ، ناقد موسيقي ، عازف .

الخدمة الاجتماعية : ممرضة ، مدرس ، أخصائي اجتماعي ، واعظ ، موجه فني .

الكتابي : كاتب ، موظف ، محفوظات وأرشيف ، سكرتير .

اختبارات الاتجاهات

الاتجاه العقلي هو استعداد يتكون عند الشخص يجعله يقف موقفاً ثابتاً معيناً نحو الأفكار أو الأشخاص أو الأشياء ، وبحيث يتعود هذا الاتجاه الذي كونه وبحيث يصبح طابعاً مميزاً له .

وعند قياس الاتجاهات يهتم السيكولوجي في التوجيه المهني بمعرفة شيء عن آراء الشخص المختبر في الصناعة وأجوائها والعلاقات المختلفة ، واتحاد الصناعات ونظام الأجور والظروف العامة المحيطة بعمل معين .

وتدل الأبحاث الحديثة على أهمية هذه الاختبارات للدلالة على تكيف الشخص نحو عمله ، وذلك مما يشجع على إنشاء اختبارات من هذا النوع لتوجيه كل فرد إلى العمل المناسب .

اختبارات النواحي الخلقية والمزاجية

إن لفظ »شخصية « في ميدان الاختبارات ، يطلق عادة على النواحي الخلقية والمزاجية « Temperament & Character » وإن كان في الحقيقة يشمل أكثر من ذلك .

وفي إحدى الدراسات التي قام بها « Bevington » لدراسة الأهمية النسبية لكل من العوامل الثقافية والمزاجية والاقتصادية والاجتماعية في نجاح الأولاد الذين يعملون في مصانع لندن ، وجد أن العوامل المزاجية والخلقية أهم بكثير من العوامل الثقافية والاقتصادية والاجتماعية . والحقيقة أن تلك الأهمية تختلف من عمل الآخر . ولكن مما لا ريب فيه أنه في جميع الأعمال تقريباً ، لا يكفي أن يكون الشخص ممتازا في معلوماته ، بل ينبغي أن يكون متصفا ببعض الصفات الخلقية : كالانتظام في العمل ، والرغبة في الإتقان والأمانة وحب الزملاء وما إلى ذلك .

وما زالت الحاجة ماسة إلى زيادة العناية بقياس نسبة هذه الصفات بغرض التوجيه المهني بطرق أكثر موضوعية . وإن دراسة شخصيات ذوي العاهات بهذه الكيفية يفيدنا أيضاً في معرفة الصفات الشخصية لهؤلاء الذين تعرضوا لحوادث المصانع وكيفية اختلافهم عن العاديين .

وقد أجريت مثل هذه الدراسة في أمريكا بجامعة هارفارد ، وفي لندن ، بمعهد علم النفس البريطاني . Institute of Industrial Psy. فدرست صفات الأشخاص الذين يتعرضون كثيراً للحوادث . كصفات السائقين الذين تكررت حوادثهم وقورنت بصفات السائقين الآخرين .

وهناك محاولة لإتمام دراسة مشابهة للدراسات السابقة هنا في مصر ، أفرادها هم عملاء مكتب التأهيل المهني (وقد اشترك ١٥ طالبا من الأخصائيين الاجتماعيين ممن يدرسون للتخصص في التأهيل ، وجمعوا الكثير من البينات وأشرفوا على ملء الاستفتاءات الخاصة بالميول والاتجاهات وغير ذلك تحت إشراف المؤلف) .

تقييم الاختبارات السيكولوجية في التوجيه المهني

نظراً لتعقد مشكلات التوجيه ، فإن بحث صلاحية اختبارات التوجيه لم يتقدم تقدماً كافياً أو بنفس السرعة التي تمت في حالة الاختيار المهني مثلا . ومع ذلك فهناك بعض الدراسات . ففي إنجلترا بدأت أبحاث «فارمر» و«تشامبر» "Farmer & Chambers" في المجلس الصناعي الصحي Research Board Industrial Health

وقد غطت الأبحاث عدة ميادين للعمل . وقد عملت لذلك الغرض اختبارات عدة أعطيت لحوالى ٢٧٣١ عاملاً تتراوح أعمارهم بين ١٤ و ٣٨ سنة . ويعملون في كثير من الأعمال ابتداء من الأعمال الفنية العادية إلى الأعمال اليدوية الروتينية .

وقد قورنت نتائج الاختبارات ومستوى الأداء الفعلي في الأعمال . وحسبت لذلك معاملات الارتباط وقد تبين من البحث :

١ — أهمية اختبارات الذكاء واختبارات القدرات الميكانيكية لتوجيه الأفراد إلى الأعمال الفنية ، أما الاختبارات الحسية للحركة Sensorimotor قد أثبتت أنها ضئيلة القيمة هنا .

٢ — وكذلك تبين أهمية اختبارات الذكاء واختبارات التوافق الحركي لتوجيه الأفراد إلى الأعمال نصف الفنية .

٣ — كما تبين ضآلة قيمة الاختبارات في التوجيه إلى اعمال غير فنية .

هذا وقد عملت دراسات عدة لمقارنة الطرق المختلفة المتبعة في التوجيه ، ولمقارنة الاختبارات بعضها ببعض ، وللمقارنة بين الحالات التي يتم فيها التوجيه بالطرق التقليدية وحدها أو بالاختبارات وحدها ، أو بهما معاً . ومن هذه الدراسات المنظمة المسجلة ما يأتي :

دراسة لندن :

تضمنت هذه الدراسة ١٢٠٠ تلميذا كانوا على وشك ترك المدرسة الابتدائية ، وسيوزعون على أعمال مناسبة . قسم هؤلاء التلاميذ بطريقة عشوائية by chance إلى مجموعتين واتخذت إحداهما مجموعة ضابطة « Control » والأخرى للتجربة Experimental فأما أفراد المجموعة الأولى فكانوا يوجهون إلى أعمال بناء على نصائح أساتذتهم الذين يجلسون في هيئة مؤتمر ويناقشونهم . وأما مجموعة التجربة فكانوا يوجهون على أساس الاختبارات السيكولوجية بالإضافة إلى المناقشة الشخصية وفحص البطاقات المدرسية والتقارير الطبية ودراسة الظروف الاجتماعية ... إلخ . وتوبعت دراسة هؤلاء الأولاد في المجموعتين لمدة أربع سنوات تقريبا فاتضحت حقائق طريفة منها ما يأتي :

من مجموعة المختبرين :

أن الأفراد الذين يعملون في أعمال كتابية وسكرتارية وكانوا قد وجهوا إليها نتيجة اختبارات سيكولوجية — قد استمر منهم ٧٥٪ يناظر ذلك ممن يعملون في نفس المهنة ولكن لم يوجهوا إليها نتيجة اختبارات سيكولوجية قد استمر منهم ٣٥٪ في عملهم ، أما الباقون فقد غيروا أعمالهم .

وفي المجموعة الضابطة : أن الأفراد الذين يعملون في أعمال كتابية وسكرتارية وكان قد وجههم إليها مؤتمر الأساتذة قد استمر منهم ٤٤٪ وأن الأفراد الذين يعملون في أعمال كتابية وسكرتارية ولم يوجههم إليها مؤتمر الأساتذة قد استمر منهم ٤٣٪ وقد حللت تقارير مديري الأعمال فتبين منها أن الأولاد الذين مارسوا مهناً بعيدة نسبياً عن تلك التي وجهوا إليها بعد الاختبارات ، كانت التقارير عن أعمالهم غير مرضية ... هذا بالنسبة للمجموعة التي اختبرت . أما بالنسبة للمجموعة التي لم تختبر (المجموعة الضابطة) فلم يكن ذلك الأمر واضحاً ، أي أن انشغال الصبي بعمل غير الذي وجه اليه لم يكن له تأثير واضح . وكان هناك مصدر آخر للتقارير وهو الأولاد أنفسهم وقد كتبوا تقارير تبين مدى سرورهم واقتناعهم بالأعمال التي يقومون بها ، وارتياحهم اليها وقد تبين أن هؤلاء الذين يعملون في أعمال أشير عليهم بها ، كانوا أكثر سروراً وانسجاماً من الآخرين .

نلخص هذه النتائج اذن فيا يلي :

ان الأفراد الذين عملوا في أشغال نتيجة للتوجيه كانوا أكثر نجاحاً من غيرهم ، وأن التوجيه المهني المبني على أسس سيكولوجية صحيحة يمكن الاعتماد عليه الى حد أكبر بكثير من التوجيهات والنصائح التي تتبع في الطرق الأخرى .

دراسة برمنجهام :

ان الدراسة السابقة في لندن فيها عامل لم يوضع موضع الاعتبار ، وهو أن الأشخاص الممتحنين أو الموجهين يختلفون من مجموعة التجربة الى المجموعة المقارنة ، وقد أمكن التغلب على هذه الصعوبة في بحث برنجهام[1] . ففي هذا البحث قسم ٣٢٨ صبيا الى مجموعتين بطريقة عشوائية ، وقام بهذا البحث شخصان أحدهما سيكولوجي والآخر تربوي له إلمام بعلم النفس والاختبارات . وقد اشتركا معاً في توجيه المجموعة الثانية ولكن بدون اختبارات . ومن ذلك يتضح أن أي نتيجة أو أي اختلاف بين المجموعتين سيكون راجعاً الى الاختبارات وحدها دون الأشخاص .

وبتتبع المجموعتين تبين بوضوح أن الأولاد الذين وجهوا بعد اختبارات كانوا أكثر نجاحاً وتوفيقاً من الآخرين .

ومن الأبحاث الكبيرة التي تمت في الولايات المتحدة الأمريكية ، والتي قام بها بعض العلماء المتخصصين في ادارة شئون العمال ، بحث لمعرفة مدى التوسع في استخدام الاختبارات في المصانع منذ عام ١٩٣٠ حتى عام ١٩٥٣ وقد تناول البحث[2] عام ١٩٥٣ عدد ٦٢٨ شركة تضم حوالى خمسة ملايين من العمال . فوجدوا أن وسائل الاختبار الموضوعية في تزايد مستمر .

ففي عام ١٩٣٠ لم تكن تستخدم الاختبارات السيكولوجية الا في نطاق ضيق جدا ، ثم أخذت طريقة الاختبارات تنشر حتى ان ٧٥٪ من الشركات (وعددها ٦٢٨) والتي بحثت في عام ١٩٥٣ كانت تعتمد على الاختبارات السيكولوجية . وتوزع الاختبارات التي استخدمتها هذه الشركات على النحو الآتي :

الاختبارات الخاصة بالأعمال الكتابية وأعمال السكرتارية وقد استخدمتها	٧٣٪ من الشركات
الاختبارات الخاصة بالمعلومات المهنية وقد استخدمتها	٣٠٪ من الشركات
اختبارات القدرة العقلية العامة أو اختبارات الذكاء وقد استخدمتها	٥٦٪ من الشركات
اختبارات القدرة الميكانيكية وقد استخدمتها	٤٠٪ من الشركات

(١) Allen, E.P. & Smith P.: *"The Value of Vocational Tests as Aids to Choice of Employment"*. Birmingham, 1932.

(٢) من محاضرة للأستاذ الدكتور يوسف مراد عن «علم النفس في خدمة الصناعة» - اسبوع شباب الجامعات ١٩٥٤-١٩٥٥ .

اختبارات المهارة اليدوية وقد استخدمتها	٢٨٪ من الشركات
اختبارات الشخصية وقد استخدمتها	٤٠٪ من الشركات
اختبارات عملية وقد استخدمتها	٣٣٪ من الشركات

ولنأخذ مثلاً النوع الأول من هذه الاختبارات وهو الخاص بالأعمال الكتابية فقد وجد أن القدرة على القيام بنجاح بهذه الأعمال ليست قدرة بسيطة بل قدرة مركبة من أربعة عوامل ميزتها الدراسة الدقيقة التي تعتمد على الطرق الرياضية كالتحليل العاملي.

فالعامل الأول هو القدرة على ادراك الكلمات والأرقام، ويستخدم لقياس هذه القدرة تمرينات مقننة تحتوي على عدد من اللفظية أو العددية بعضهامتشابه تمام التشابه وبعضها الآخر يحتوي على اختلافات دقيقة، وعلى المختبر أن يميزها بسرعة. وميزة هذه التمارين أنها مرتبطة ارتباطاً ضعيفاً جداً بالذكاء العام، ولا تتأثر نتائجها بالخبرة أو بالسن، أي أن مثل هذه الاختبارات تقيس القدرة على ادراك الكلمات والأرقام في لبها وأساسها.

والعامل الثاني هو القدرة على فهم معنى الكلمات وغيرها من الرموز. هذا هو العامل اللفظي الذي ميزه ثرستون ووضع له اختبارات خاصة تشمل معرفة مفردات اللغة وفهم النصوص.

والعامل الثالث هو المعروف بالعامل العددي وهو القدرة على معالجة الأرقام ويتدخل هذا العامل في العمليات الحسابية البسيطة وفي حل المسائل.

أما العامل الرابع فهو خاص بالمهارة اليدوية وبخفة حركات الأصابع، ويتضح وجود هذا العامل من تحليل الأعمال الكتابية نفسها، ولم يصل بعد التحليل العاملي الى عزله.

ولا شك ان هناك علاقة بين القدرة الكتابية كما سبق وصفها والقدرة على التكيف، ولا بد من اختبار هذه القدرة الأخيرة باختبارات خاصة للذكاء في الحالة التي تتطلب الوظيفة الكتابية التي يقوم بها الموظف تغيير نوع النشاط من حين الى آخر. هذا فضلا عن اختبارات الشخصية التي تكشف عن اتجاهات الموظف من سيطرة أو خضوع أو انبساط أو عدوان أو ميل الى التعاون ... الخ. ولنأخذ الآن مثالا آخر خاصاً بجانب هام جداً من النشاط الصناعي أو التجاري وهو النقل بالسيارات الثقيلة سواء نقل المهمات في الطرق العامة أو نقل الركاب في شوارع مدينة كبيرة كمدينة باريس أو القاهرة.

إن عمليات النقل ذات قيمة حيوية للنشاط القومي من جميع نواحيه وتقتضي المصلحة العامة

توافر أسباب الأمن والسرعة والانتظام مع الإحالة دون الاستهلاك السريع لسيارات النقل ، ومن بين العوامل التي تضمن تحقيق هذه الشروط الأشخاص المكلفون بقيادة السيارات .

وعملية القيادة مركبة تتطلب من قائد السيارة مجموعة من الصفات المزاجية والخلقية ومن القدرات العامة والخاصة . وسنذكر بعد قليل أهم هذه الصفات والقدرات كما كشفت عنها الدراسة العلمية التي قام بها « لاهي » (Lahy) في باريس وهو أحد منشئي علم النفس الصناعي في الربع الأول من هذا القرن .

في عام عام ١٩٢٣ فكّرت شركة النقل المشترك في باريس في إيجاد حل لمشكلة الحوادث الكثيرة التي كانت تقع يوميًّا لسائقي الثلاثة آلاف سيارة التي تملكها ، إذ بلغ عدد الحوادث في عام ١٩٢٢ ثمانية عشر ألف حادثة ذهب ضحيتها مئات من الركاب والمارين فضلاً عن الخسارة المادية الفادحة التي كانت تتحملها الشركة . فكلف الأستاذ « لاهي » بدراسة الموضوع ووضع خطة محكمة لاختيار السائقين قبل تدريبهم ، وبعد القيام بتحليل العمل ، وضع لاهي مجموعة من الاختبارات اللفظية والحركية بحيث يسمح كل اختبار بقياس كل قدرة خاصة على حدة فضلاً عن اختبار الذكاء والذاكرة . وكانت تسجل نتائج الاختبارات في شكل (بروفيل) سيكولوجي يسمح فحصه بالتنبؤ بمدى احتمال نجاح طالب العمل في تعلم قيادة السيارات الثقيلة ثم مزاولة هذه المهنة .

ويقتضي النجاح في مهنة قيادة سيارات النقل توافر القدرات الآتية :

١ – أن تكون استجاباته سريعة ومنتظمة .

٢ – ألاّ يصاب بسرعة بالتعب النفسي الحركي .

٣ – أن يكون قادراً على تقدير السرعات والمسافات بالنظر .

٤ – أن يكون جيد الإبصار عند انخفاض الضوء وقت الغسق وفي الليل .

٥ – أن يكون قادراً على مقاومة (الزغللة) في حدود معيّنة ، وأن يستعيد تكيفه البصري بسرعة لا تقل عن حد معين .

٦ – أن يكون مدى الإبصار العملي في حدود معينة بحيث يتمكن من أن يلمح ما يدور عن يمينه وعن يساره دون الانقطاع عن رؤية ما يحدث أمامه .

٧ – أن يكون قادراً على الانتباه الموزع ، قوي الأعصاب ، لا ينفعل بسرعة قادراً على مقاومة آلية الحركات كلما لزم الأمر .

٨ – أن يتمتع بقوة عضلية معينة ، قادراً على تحمُّل التعب وبذل المجهود الذي تتطلبه مهنته نوع خاص .

٩ - حيث إن القيادة تقتضي القيام بعدد من الحركات المختلفة من حيث شكلها واتجاهاتها ومدتها ، فلا بد من أن يتصف قائد السيارة بقدرة عالية على تفكيك حركات اليدين والقدمين بحيث لا تتبع اليد الواحدة أو القدم الواحد اليد أو القدم الاخرى في حركتها .

وقد أدّى الاختبار المهني في ميدأن قيادة السيارات إلى نتائج باهرة بفضل استخدام الاختبارات السيكولوجية . وفيما يلي الفوائد التي جنتها شركة النقل المشترك في باريس :

انخفضت نسبة الذين يستبعدون أثناء التدريب من ٢٪ قبل تطبيق الاختبارات إلى ٤٪ بعد تطبيقها ، كما أن مدة التدريب انخفضت من ١٥ يوماً إلى عشرة أيام . ودلالة ذلك بالقياس إلى نفقات الشركة ، خفض نفقات التدريب بنسبة ٣٣٪ .

أما في ميدان الحوادث ونسبة وقوعها فقد كانت النتائج باهرة حقًّا . طبقاً لمقارنة بين عام ١٩٢٣ وعام ١٩٤٨ نجد أن متوسط عدد الحوادث في السنة بالنسبة إلى السائق الواحد انخفض من ٢,٢ إلى ٠,٥ ، أي بنسبة ٧٥٪ وهي نسبة عظيمة . ومما هو جدير بالملاحظة أنه في عام ١٩٢٩ ارتفعت نسبة الحوادث ، وكان السبب في ذلك أن اضطرت الشركة إلى تعيين عدد من السائقين دون اختبارهم تطبيقاً للقوانين العمالية التي أصدرتها الحكومة في هذه السنة ، وهي تقضي بخفض عدد ساعات العمل يوميًّا . وعندما تمكنت الشركة من اختيار السائقين الجدد انخفضت نسبة الحوادث من جديد .

وقد تجددت هذه الظاهرة فيما بين ١٩٣٩ وعام ١٩٤٠ عند إعلان الحرب العالمية الثانية وتجنيد عدد كبير من عمال الشركة ، فلجأت الشركة بحكم الضرورة إلى تشغيل سائقين تعلم أنهم دون مستوى الكفاية المطلوبة ، وعندئذ ارتفعت نسبة الحوادث بشكل مريع . ومثل هذه التجارب السلبية تقيم الدليل على أهمية الاختيار المهني وخطورته .

وبالمقارنة أيضاً بين عام ١٩٢٣ وعام ١٩٤٨ نجد أن عدد الحوادث لكل مائة ألف كيلومتر تقطعها جميع سيارات الشركة انخفض من ١١,٥ إلى ٢ ، أي بنسبة ٨٠٪ تقريباً ؛ فبينما كانت الشركة تنقل عام ١٩٢٣ مائة ألف راكب لكل حادثة واحدة ، أصبحت في عام ١٩٤٨ تنقل أربعمائة ألف راكب لكل حادثة واحدة . حين أن عدد الحوادث التي تحدثها السيارات الخاصة تزداد نسبتها بازدياد عدد السيارات . فبين عام ١٩٢٣ وعام ١٩٤٨ زاد عدد السيارات الخاصة في باريس وضواحيها بمقدار ٢١٨٪ وزادت الحوادث بمقدار ٨٤٪ ، أما سيارات الشركة وقد زادت بمقدار ٢٠٠٪ ولكن عدد الحوادث التي أحدثتها ، بدلاً من أن يرتفع ، انخفض بمقدار ٣١٪ مع العلم بأن متوسط سرعة هذه السيارات زاد بمقدار ٨٠٪ .

ولا يمكن أن يعزى هذا التفاوت الصارخ بين السيارات الخاصة وسيارات الشركة إلى التحسينات الفنية وتنظيم حركة مرور وإصلاح الطرق .. الخ ، إذ ان هذه العوامل مشتركة بين جميع السيارات . ولكن هناك عاملاً واحداً يستطيع أن يفسر هذا التفاوت ، ألا وهو قيام الشركة باختبار عمالها بواسطة مجموعة من الاختبارات السيكولوجية الدقيقة في حين أن سائقي السيارات الخاصة لا يخضعون لمثل هذا الاجراء .

وهناك دراسات أخرى متعددة وأرقامها تنطبق بوضوح ، وتؤيد النتائج السالف ذكرها . هذا بالنسبة إلى معظم الدراسات أو كلها إذا استثنينا عدداً قليلاً مثل بحث ثورنديك ، ولكن عند فحص هذا البحث وأمثاله بدقة نجد عيبين أساسين :

١ – عدم ملاءمة الاختبارات ، أي أن المعيار يكون غير مناسب أو بمعنى آخر أن الاختبارات تكون غير صالحة .

٢ – عدم ثبات الاختبارات .

هذا عدا عيوب أخرى في نفس الاختبارات وفي طرق تطبيقها .

العوامل الهامة في التوجيه المهني

إن توجيه الأفراد إلى مهنة ما لا يكون على أساس القدرات العقلية وحدها ، بل على أساس القدرات والامكانيات الجسمية أيضاً ، والفرص التي يمكن أن توجد أمامهم في البيئة المحلية ، والأشخاص الذين يعملون معهم ، ونوع الشركات أو المصانع . وهناك اتفاق بين علماء النفس [١] على العوامل الأساسية التي تميز بين الأشخاص بعضهم من بعض بطريقة تنفع عند التوجيه .

وهذه العوامل تتضمن نواحي سيكولوجية كالذكاء ، والتحصيل الدراسي ، والقدرات ، والميول ، والصفات الشخصية ، والاتجاهات ، ونواحي اجتماعية كالظروف العامة والمسئوليات والآمال ومستوى الطموح ، ونوع الأسرة وثقافتها .. الخ ، كما تتضمن أيضاً نواحي جسمية . ويقول ماكنزي [٢] إن أي عامل من هذه العوامل يجب أن تنطبق عليه ستة شروط أساسية أهمها :

١ – أن يكون لهذا العامل معنى دقيق ومحدد ومفهوم للجميع .

٢ – يمكن قياسه عند الأفراد بطريقة لا تكلف كثيراً ويمكن أن نعتمد عليه .

---

(١) Super, D.E.: *"Appraising Vocational Fitness by Means of Psychological Tests"*, 1949.

(٢) McKenzie, R.M.: *"An Occupational Classification for use in Vocational Guidance"*, Occupational Psy., Vol. 28, No. 2, 1954.

٣ – يمكن قياسه لمهن كثيرة في مختلف الميادين وبنفس الطريقة . فلو استخدمنا أحد الاختبارات ، فيجب أن تكون له معايير (Norms) ، ويمكن أن نلجأ إليها دائماً أو على الأقل ، يمكن مضاهاتها بنتائج اختبارات أخرى مماثلة .

٤ – أن يكون الاختبار أو العامل مميزاً بين الناس الذين يعملون في مهن مختلفة .

٥ – أن يكون له ارتباط وثيق بحسن أداء العمل .

٦ – أن يكون صفة ثابتة في الفرد ، لا صفة عارضة .

ولنبحث الآن باختصار في مدى انطباق هذه المعايير الستة على كل عامل من هذه العوامل .

الـــذكاء العـــام :

١ – وهذا يمكن تعريفه بتحديد المقصود «بالعمر العقلي» .

٢ – ويمكن الاعتماد عليه كمقياس ولا يكلف كثيراً .

٣ – كما يمكن استخدامه في مختلف ميادين العمل . فيحسب متوسط ذكاء المشتغلين في كل مهنة على حدة .

٤ – نتائج مقاييس الذكاء تبين اختلاف مستويات مجموعات العمل أكثر من كل عمل على حدة .

٥ – وقد سبق أن تحدثنا عن موضوع الحد الأدنى والحد الأعلى للذكاء .

٦ – ثبات نسبة الذكاء مما يساعدنا كثيراً في التوجيه .

إذن الذكاء عامل هام وتنطبق عليه المعايير الستة .

التحصيـــل الـــدراسي :

١ – المستوى العام للتحصيل يمكن تعريفه بطرق متعددة كالشهادات الدراسية ، والبرامج الدراسية ، ومدة التلمذة ، والتقدم الدراسي ، والدرجات التي يحصل عليها الشخص في الاختبارات المقننة للتحصيل أو كل هذه الأمور معاً .

٢ – يمكن قياسه عند الأفراد .

٣ – ويمكن قياسه لمختلف المجموعات المشتغلة في مختلف الميادين .

٤ – وسيظهر احتياجات مجموعات المهن المختلفة لمقدار التحصيل .

٥ – وواضح أن التحصيل (القراءة والكتابة والمعلومات والحساب) له ارتباط بالنجاح في كثير من المهن .

٦ – الشهادة الدراسية التي حصل عليها الشخص تكون ملكاً ثابتاً له وإن كانت المعلومات التي امتحن فيها الشخص قابلة للنسيان بعد ترك المدرسة .

وعلى ذلك ففي حالة الأعمال التي تتطلب « تحصيلاً اسميًّا » أي شهادات دراسية فهذا المعيار ممكن .

أما في حالة الأعمال التي تتطلب بقاء المعلومات ، فمعيار الثبات هنا غير قائم .

إذن هذا العامل يمكن الاعتماد عليه أيضاً ، وعلى ذلك فإنه هام لكثير من ميادين العمل .

الاستعـدادات الخـــاصة :

١ – الاستعدادات والقدرات يمكن تحديدها وتعريفها فقط كدرجات في اختبار .

٢ – يمكن قياسها بطرق يمكن الاعتماد عليها . ولكن كل قدرة محتاجة لاختبارات خاصة بها ، وعلى ذلك فهي تتكلف مالاً ووقتاً كثيراً نسبيًّا .

٣ – استخدامها في الميدان نفسه يكلف كثيراً .

٤ – من الممكن تمييز أقسام كبيرة مثل هؤلاء الذين عندهم قدرة لفظية وتربوية (v:ed) أو قدرة ميكانيكية وتصور بشري (k:m) . أما التفاصيل فلا تهم كثيراً للتوجيه المهني بقدر ما تهم في الاختيار المهني .

٥ – المعروف حتى الآن أن بعض القدرات ترتبط بالنجاح في العمل ، ولكن ما زالت هناك حاجة ماسة للتأكيد من صحة ذلك . فهناك أحكام ظاهرية للبعض نتيجة التسمية مثل الميكانيكي وأحد اختبارات القدرة الميكانيكية . هذا هو فقط اسم الاختبار ، ولكن المحتوي قد لا يكون كذلك ، وهذا يضلل .

٦ – صفة الثبات هنا موجودة .

واذن فالخلاصة أن كثيراً من الاستعدادات نوعية ، واختبارات القدرات لا يمكن حتى الآن وبحالتها الراهنة اعتبارها أحد العوامل الرئيسية للمهن على انفراد ، وانما لمجموعات المهن .

الميول :

هذه الكلمة تستخدم للدلالة على أشياء كثيرة وعادة تكون مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالقدرات والبيئة والتربية والحاجات الانفعالية بحيث تجعل مناقشة الموضوع يطول كثيراً.

١ - فكما يقول « فرنون » Vernon وغيره ان تعريف (الميول) تعريفاً سيكولوجيّاً أمر ليس بالسهل. وعلى ذلك فيحسن أن نحدد أنفسنا فيستخدم اللفظ كما يفهم منه حين نتحدث عن التوجيه المهني. وعلى ذلك نقول ان فلاناً يميل الى أعمال النجارة أو ركوب الدرجات ... الخ وكل من هذه الميول ترتبط عادة ببعض الأعمال، فالأول يمكن أن يرتبط بصناعة النجارة أو تجارة الموبيليات أو نقش النجارة ... الخ والثاني للعمل كساع أو في محل دراجات أو غير ذلك، وان كان هذا لا يحدث دائماً، فقد يميل الشخص الى شيء ما لأسباب أخرى خارجة عن الشيء نفسه. ولكن لظروف أخرى كالأصدقاء والظروف وعلى ذلك فان الأهم من الميول النفسية هو ما وراءها. فيقال مثلا ان فلاناً ميوله علمية أو فنية أو أدبية، وان من أشهر استفتاءات الميول المهنية « استفتاء سترونج » عام ١٩٤٣ Strong's Vocational Interest ويقول سترونج « ان العمال في المهنة الواحدة تكون لهم عادة ميول مشتركة وأخرى متقاربة »، وعلى ذلك يمكن أن يقال ان شخصاً ما له ميول تشابه ميول أطباء الأسنان أو موظفي البنوك الخ دون داع لتسمية الميل باسم معين.

٢ و٣ - تقاس الميول بطرق متعددة، فعلى الشخص أن يعبر عن ميله بأن يبين :

- إذا ما كان يحب أو لا يحب أو أن الأمر عنده سيان.
- أو يستنتج ميله من الطريقة التي يقضي بها أوقات فراغه.
- أو يستنتج من حسن أدائه للشيء أو عدمه.
- أو الالمام بالشيء ومعرفة معلومات غزيرة عنه.
- أو عن طريق الاستفتاءات المقننة والتي اختبرت أسئلتها للصلاحية.

ويلاحظ أن التعبير عن حب الشيء من عدمه قد يكون غير ثابت، وان كان يعطي مادة للمناقشة، وكذلك لا يسهل الحكم عما اذا كان هذا الحب من عدمه نتيجة الظروف أو الفرصة التي وجدت أمام شخص أو نتيجة لدخل الأبوين أو غير ذلك. أي لا تتضح ميول الشخص اذا كانت أتيحت له فرص أكثر من المعتاد.

وأما الاختبارات والاستفاءات المقننة فأحسن الطرق جميعاً. ولكنها لسوء الحظ تكلف مالاً وجهداً طائلاً في التصحيح الا اذا استخدمت الآلات الحاسبة وماكينات التثقيب والفرز مثل الآلات التي تستخدمها (International Business Machines (I.B.M.)

٤ – استفتاءات الميول تستطيع ان تميز . فردود الأشخاص في مختلف المهن يختلف بعضها عن بعض ، وتبدو كما لو كانت تميز الطوائف المهنية ، وان كان تحقيق صلاحية ذلك عملياًأمراً لا يسهل تحقيقه . وعند تقسيم الأعمال حسب نواحي النشاط التي تتضمنها ، بحيث يوجه الفرد نحو المهنة التي بها نواح من النشاط أظهر ميلا نحوها تقابلنا صعوبات عدة ، فمن هذه الصعوبات تحديد نواحي النشاط في مختلف الأعمال بناء على المظهر الخارجي . ومن الصعوبات أيضاً ان بعض الأعمال يبدو أنها تتطلب ميولاً مختلفة في مراحل مختلفة ، فمثلاً المهندس قد يبدأ العمل بيديه ثم ينتقل الى مرحلة الرسم بالمكتب والدراسات الفنية ثم يرتقي الى مرحلة تقدير النفقات للتنفيذ وأخيراً يصبح في مركز اداري ويتناول الكثير من المشاكل الحيوية . وقد تبين في أحد الأبحاث التي قامت بها احدى الهيئات المهنية بانجلترا أن ٧٠٪ ممن يبدأون كمهندسين ينتهون كمديري أعمال .

٥ – وبخصوص الارتباط بين الميول والعمل فقد بين Strong أن هناك علاقة بين نتائج استفتاء الميول المهنية والنجاح في المهنة . وهناك دلائل أيضاً على أنه كلما كان نمط ردود الأشخاص على الاستفتاء قريباً من المطلوب لمهنة معينة ، فان عمله فيها يعني انغماساً أكثر في العمل .

٦ – الميول النوعية قد تكون غير ثابتة وخاصة في دور المراهقة ، كما أن ردود استفتاءات الميول يقول عنها Strong انه لا يمكن الاعتماد عليها للأشخاص دون السابعة عشرة . ولكن بعد ذلك يبدو أنها تظل ثابتة . وقد كان معامل الثبات في أحد استفتاءات سترونج للمهندسين عندما أعيد ملء الاستفتاءات بعد مضي عام واحد ٠,٩١ وبعد مضي ٩ أعوام ٠,٧٧ وبعد ١٩ سنة ٠,٧٦ .

كما لوحظ أنه كلما كان الشخص أنضج ، كانت الميول أكثر ثباتاً .

الشخصية Personality :

١ – وهذه من الممكن أن تعرف بطرق مختلفة ، فالبعض يستبعد النواحي المعرفية والنواحي الجسمية وهذا أمر اصطناعي ، وان كان يفيد أحياناً ولكن فصل «الميول» عن الشخصية أمر لا يسهل الاعتراف به . ورغم ذلك فما يتبقى بعد ذلك له أبعاد كثيرة ، وان كان بعض العلماء يحددون عدداً صغيراً من الأبعاد أو الأنماط المزاجية ومن هؤلاء من يقسم الأشخاص الى نمطين منبسط ومنطو مثلا ، كما سبق أن ذكرنا .

وبعض سمات الشخصية يكون لها أيضاً بُعدان ، فهذا شخص يعتمد عليه في العمل أو لا يعتمد عليه ، يؤثر فيمن حوله أو لا يؤثر ، يبدأ العمل من نفسه أو لا يبدأ .

٢ – قياس بعض المحددات يكون ممكناً وقياس بعضها الآخر مثل السمات الخلقية والعوامل

الانفعالية أو المزاجية قد لا يسهل قياسها عند فرد بعينه ، وربما كان الأسهل عمليًا مقارنة أفراد المجموعة الواحدة بعضهم ببعض. ولكن تقدير بعض سمات الشخصية لشخص معين يكون أسهل كثيراً اذا قدرت بالنسبة لمهنة محدّدة ، فيسهل أن يقال ان هذا الشخص يمكن الاعتماد عليه عند عمل كذا أو عنده قدرة بدء عمل معين وهكذا.

٣ – كذلك ليس من السهل تقسيم العاملين في مهنة واحدة الى ممتازين وضعاف في العمل ثم مقارنة الصفات الشخصية بين الفريقين.

٤ – ربما كان الأشخاص الذين يعملون في أعمال معينة يختلفون في بعض سماتهم عمن يعملون في أعمال أخرى ، ولو اختلفوا ظاهرياً فهؤلاء مثلا منبسطون أما اولئك فمنطوون. ولكن مثل هذا القول ما يزال يحتاج الى تدعيم علمي.

٥ – كون صفات الشخصية لها ارتباط بالنجاح في العمل ، هذا أمر أيضاً لا يسهل دراسته ، فلزوم قدر معين من الذكاء ، وقدر معين من صفة كذا وصفة كذا أمر مفهوم ، ولكن أداء العمل لا يتوقف على المقادير فقط : قدر من هذا وقدر من ذاك ، ولكن يتوقف أيضاً على تفاعل هذه الصفات بعضها مع بعض في الموقف الكلي للعمل ، ويتوقف على الدور الذي يكلف الشخص القيام به ، ويتوقف على غير ذلك. فالأمر اذن ليس من السهولة بمكان.

٦ – كثير من صفات الشخصية ثابتة . ولكن لما كان السلوك يتغير بتغير ظروف العمل ، فان مدى التنبؤ محدود.

من كل ذلك يتضح أن تصنيف الأعمال حسب سمات الشخصية أمر لا يسهل عمله حتى الآن.

الحالة الجسمية Physique :

النواحي الجسمية نفسها يمكن تحديدها بدقة (الطول ، الوزن) ولكن يندر أن تكون هذه النواحي لها قيمة . والنواحي الوظيفية في كثير من الأحيان لا يكون لها قيمة كبيرة ، فمثلا «فلان يستطيع أن يحمل ... رطلا لمسافة ... قدماً عدد ... من المرات يومياً» . هذه أمور لا يسهل تحديدها بدقة ، وكذلك «الصحة العامة» لا يسهل تحديدها أكثر من الخلو الظاهري من نواحي النقص ، وعدم اللياقة الجسمية تحدد بنواحي القصور أو العجز الجسمي أو العاهات وهذه من شأنها أن تبعد الفرد عن بعض المهن ، ولكنها لا تفيد في اقتراحات ايجابية.

٢ – يمكن تقدير الصحة العامة للفرد وملاحظة نواحي القصور عنده فيبعد عن بعض المهن.

٣ - العاملون في كل مهنة يمكن ملاحظتهم جسمياً وصحياً ، ويلاحظ بصفة خاصة ضعيفو الانتاج وتسجل نواحي القصور عندهم.

٤ - أحياناً تميز النواحي الجسمية بين العاملين في مختلف المهن ، وبعض نواحي القصور يكون لها دخل في بعض المهن دون بعضها الآخر ، فالعمى اللوني مثلاً لا يحرم الشخص من جميع المهن.

٥ - الناحية الجسمية العامة ليس لها ارتباط وثيق بالنجاح الا في عدد قليل من المهن ، ولكن بعض الصفات الجسمية يكون لها أحياناً أهمية مثل طول القامة لرجل البوليس وخفة الوزن لجوكي الخيل.

ونواحي القصور الجسمي التي يظن الكثيرون أنها تحرم صاحبها من بعض المهن تحتاج الى اعادة النظر والبحث الدقيق.

فالكثيرون يظنون لأول وهلة أن الكمساري في الأوتوبيس محتاج لأصابعه ، على حين أنه لوحظت حالات فقد فيها الرجل نصف أصابعه ومع ذلك كان يقوم بوظيفته خير قيام.

٦ - الحالة الجسمية العامة ثابتة وبعض نواحي القصور تكون مؤقتة . واضح مما سبق أن الحالة الجسمية وظيفتها الأولى هي الاستبعاد في حالة القصور.

الظروف المحيطة «الخلفية» Circumstances :

وهذه تشمل طول الفترة التي يستطيع أن يخصصها الشخص للتدريب ، والأجور التي تدفع له ، والمساعدات التي قد يحصل عليها من أسرته في أثناء مدة التدريب والتعليم ، وهل تهتم الأسرة كثيراً بمركز المهنة أو بمركزه فيها؟ وهل حالة التوتر في الأسرة تؤثر عليه في العمل وما أعمال الأقارب والأصدقاء وما اتجاهاتهم نحوها؟ وما آمالهم وما مستوى طموحهم؟

من الواضح أن مثل هذه العوامل يتداخل بعضها مع بعض وتؤثر بعضها في بعض وتتعادل بعضها مع بعض في صورة معقدة.

١ - هذه العوامل من وجهة نظرنا هنا تهمنا من ناحية تأثيرها على المهنة ، ويمكن بحثها جميعاً كوحدة ونطلق عليها الظروف الخلفية . Background support والسؤال يكون الى أي حد يستطيع الفرد أن يعتمل على العوامل الخارجة عنه.

٢ - بعض النواحي يمكن قياسها بدقة ومن أمثلتها النواحي الاقتصادية ، وهناك نواح أخرى لا يسهل قياسها مثل ثبات الأسرة ومستوياتها وقيمها . وبالرغم من صعوبة قياسها ، الا أن الجميع يتحدثون عنها ودائماً يقدرونها في مختلف المناسبات . والتقدير يكون أكثر دقة كلما أخذنا الوقت الكافي للالمام بالموقف قبل التقدير.

٣ – وواضح أن هذا البعد أو العامل لا يسهل قياسه عند بعض العمال المشتغلين في مهنة معينة. وان كان من السهل نسبياً تقدير بعض الصفات.

٤ – هذا البعد يميز فعلاً بين مجموعات كبيرة من المهن. العامل المادي مثلا (أو الأجور) له أهمية وان كانت أهمية آخذة في النقصان في كثير من الأعمال. ولكن ما تزال هناك حقيقة هامة وهي أن بعض المهن يتطلب منا كموجهين أفراداً لهم ظروف خلفية أحسن من غيرهم.

٥ – الظروف الخلفية لها غالباً ارتباط كبير بالنجاح في العمل والارتياح منه، وذلك حسب قرارات المشرفين على الأعمال والمسئولين، وقد قرر ذلك كثير من الهيئات المشرفة على التدريب (نظام دفع الأجور).

٦ – بعض هذه الظروف يكون ثابتاً ويمكن عمل التنبوءات على أساسه وبعضها الآخر لا يمكن معه التنبؤ.

ولاهمية هذا العامل لا يمكن الاستغناء عنه كأحد العوامل المقررة في التوجيه المهني.

تلخيص:

مما سبق يتضح أن أكثر ما يقابل المعايير الستة التي ذكرناها من بين العوامل الهامة للتوجيه الثلاثة الآتية:

الذكاء والتحصيل الدراسي والظروف الخلفية، يتبع ذلك الاستعدادات أو القدرات، أما الميول وسمات الشخصية فيأتي دورها متأخر نوعاً. ورغم أهمية الناحية الجسمية فانها لا تعطي اقتراحات ايجابية.

والخطورة في أن بعض الناس يؤكدون أهمية بعض النواحي لا لأهميتها للعمل، ولكن لسهولة أو لإمكان قياسها.

وبعد أن نضع ذلك موضع الاعتبار جيداً، نستطيع أن نقول ان الذكاء والتحصيل والظروف الخلفية تصلح كعوامل اساسية للتوجيه، أي عن طريقها يمكن في وقت معقول توجيه الشخص توجيهاً مناسباً، وانه وان كانت هذه العوامل الثلاثة كلها مرتبطة بعضها ببعض ارتباطاً عالياً في العينات الكبيرة، الا أن قياسها وتقديرها جميعاً بالنسبة للفرد الواحد (وهو ما يهمنا هنا) يكون أكثر فائدة.

المراجـــع

1. Allen, E.P., & Smith, P.: *"The Value of Vocational Tests as Aids to Choice of Employment".* Birmingham, 1932.
2. Super, D.E.: *"Appraising Vocational Fitness by Means of Psychological Tests".*
3. *McKenzie, R.M.: "An Occupational Classification for Use in Vocational Guidance",* Occupational Psy. Vol. 28, No. 2, 1954.

٤ . محاضرة الاستاذ الدكتور يوسف مراد عن «علم النفس في خدمة الصناعة» في اسبوع شباب الجامعة ١٩٥١-١٩٥٥ .

الفصل الثامن عشر

التوجيه المهني لذوي العاهات

والآن سنستعرض بعض الاختبارات السيكولوجية الشائعة الاستعمال ، ونقوم بتحليلها ، والغرض من ذلك تحديد انواع العاهات التي لا تسمح لأصحابها بأداء بعض هذه الاختبارات دون بعضها الآخر . وسنجد مثلاً اختباراً لا يستطيع الأعمى اداءه وانما يستطيعه الأصم وهكذا ...

اختبارات الذكاء

وهذه الاختبارات تختلف مادتها فقد تكون لفظية أو غيرلفظية.افالاولى مادتها اللغة والكلمات والأرقام ، والثانية مادتها الرموز والأشكال والمواد الخشبية والحسية وما اليها . ومن الاختبارات ما يمكن لجماعة أن تؤديه في وقت واحد ومنها ما لا يمكن تطبيقه الافردياً.وسنقوم الآن بفحص نماذج لكل منها :

(١) الاختبارات الفردية :

١ – اختبار استنفرد بينيه ، والاختبارات التي على شاكلته ، أي اللفظية الفردية .

ماذا يتضمن هذا الاختبار من اسئلة ؟ وكيف تلقى ؟ وكيف تعطى للشخص ؟ وما الذي ينتظر منه اداؤه ؟

هذا الاختبار يتضمن خليطاً كبيراً من الأسئلة المتنوعة : اسئلة شفهية (سؤال وجواب) ، اسئلة صورية ، اسئلة تتطلب الرسم ، اسئلة تتطلب العمل اليدوي ، اسئلة للتذكر ، اسئلة للقراءة . ويجري الاختبار على هيئة مناقشة ، ويحدث تفاعل ، أو اخذ وعطاء بين المختبر والعميل . والمختبر

يتحدث كثيراً ويلقي بتعليماته . وعلى ذلك ينبغي أن يكون الطالب **قادراً على السمع العادي**. والمختبر يعرض على الطالب صوراً ورسوماً ويتوقع من الطالب أن يرسم ، وعلى ذلك ينبغي أن يكون الطالب **قادراً على البصر العادي**.

والمختبر يسأل الطالب أسئلة وعليه أن يجيب عنها ، وعلى ذلك ينبغي ان يكون الطالب **قادراً على النطق والتكلم**.

كل هذه العوامل جعلت من اختبار بينيه اختباراً ممتازاً لاختبار القدرة العامة عند العاديين ، ولكنه لا يصلح للأعمى أو الأبكم أو ضعيف البصر أو ضعيف السمع أو من يجد صعوبة في النطق .

وعلى ذلك فليس هناك ما يمنع من تطبيق هذا الاختبار على شخص مبتور الساق أو الساقين أو احد الذراعين أو مريض بمرض باطني أو بمرض الصدر مثلاً .



(شكل ١٩)
شاب يختبر عقلياً تمهيداً لتوجيهه إلى المهنة التي تناسبه

٢ – الاختبارات العملية : Individual Performance Tests

ومن امثلها اختبار كولنز ودريفر (Collins & Drever) هذه الاختبارات تتطلب وضع مكعبات بطريقة معينة ، لعمل بناء معين أو ترتيب الدومينو بشكل معين أو ملء الفراغ بالرسوم المناسبة ، الفرس وصغيرها ، المعلمة والتلاميذ ، والقصص المصورة .. الخ* . وعمل هذه الأشياء لا يتوقف على مقدرة العميل على الوصف أو الشرح ، فصعوبة النطق هنا لا تهمنا ، بل المهم هو العمل . وان معظم هذه الاختبارات لا تتطلب تعليمات شفهية ، وعلى ذلك فالسمع هنا ليست له قيمة وانما يكفي البصر .

ونجد أن اختبار كولنز ودريفر عُمل فعلاً من أجل اختبار الصم في ادنبرة ، ثم استخدم في جامع مانشستر ثم ليدز وانتشر بعد ذلك .

٣ – الاختبارات الجمعية :

اختبارات الذكاء الجمعية تفترض بعض الافتراضات . فالاختبارات اللفظية منها كاختبار الذكاء الابتدائي أو الثانوي للقباني تفترض مستويات طبيعية في اللغة بحيث يستطيع العميل أن يفهم التعليمات التي تعطى له شفهياً أو تحريرياً . والأسئلة عادة تكون الفاظاً متناسبة مع النمو اللغوي الطبيعي وكذلك تتضمن القدرة على القراءة .

أما الاختبارات الجمعية غير اللفظية مثل اختبار الذكاء المصور أو مصفوفات رافن (Raven's Matrices) فانها تفترض إلماماً باللغة يكفي لفهم تعليمات المختبر . ومادة الاختبار تكون كلها صوراً أو رموزاً ، وعلى ذلك فالقدرة على القراءة هنا لا تهم . وهذا النوع من الاختبارات يطلق عليه اختبارات غير لفظية (Non-Verbal) ولكن من بين الاختبارات الجمعية غير اللفظية نوع آخر يطلق عليه غير لغوية (Non-language) وفيه تكون التعليمات نفسها بالصور أو الرموز كاختبارات سبيرمان الحسية ، ولا يحتاج الطالب فيها للقراءة . وبعض هذه الاختبارات تتضمن إلمام الطالب بالارقام فقط .

الاختبارات التحصيلية

وهذه معظمها او كلها اختبارات جمعية ، والغرض منها الوقوف على ما امكن للشخص تحصيله في مختلف المواد ، وكذلك تشخيص نواحي الضعف عنده .

(*) انظر تفاصيل عامة في موضوع الاختبارات في كتاب « الاختبارات السيكولوجية » للدكتور محمد خليفة بركات .

وهذه الاختبارات جميعاً تفترض أن الطالب سار سيراً عادياً في نموه اللغوي ومقدرته على القراءة .

وعلى ذلك فكلها اختبارات مطبوعة ولغوية وتتضمن الالمام بالقراءة ، أي لا بد من القدرة على الإبصار .

اختبارات القدرات الخاصة

هنا ايضاً نجد اختبارات جمعية أو فردية والغرض منها محاولة كشف قدرات معينة عند الشخص كالقدرة الميكانيكية أو القدرة اليدوية أو القدرة الموسيقية أو القدرة الجمالية ... الخ.وهذه الاختبارات لا تستلزم إلمام الشخص بمعلومات معينة أو خبرات خاصة ، ولكنها تكشف نواحي كامنة في الشخص قد لا يكون سبق استغلالها اطلاقاً .

وكل اختبار من هذه الاختبارات له افتراضات خاصة في السمع أو البصر أو النمو العضلي .

اختبارات الشخصية

ما زلنا حتى الآن في منتصف الطريق لإجراء تجارب في اختبارات الشخصية ، ولا نستطيع حتى الآن أن نتنبأ عن يقين بنوع الاختبارات التي ستبقى . وهذه الاختبارات يمكن تقسيمها تقسيماً أولياً إلى اختبارات جمعية واخرى فردية . وقد تاخذ الاعتبارات الجمعية صورة استفتاءات تشمل اسئلة ، والاسئلة تعرض على الطالب وعليه أن يؤثر عليها بطريقة أو اخرى . ومن الطبيعي أن هذه الاختبارات تفترض أن الاسئلة يفهمها القارئ، واللغة ينبغي أن لا تكون صعبة أو من مستوى اعلى من مستوى الطالب . ومن امثلة الاختبارات الفردية اختبار بقع الحبر لرورشاخ واختبار تفهم الموضوع ، وغيرها من الاختبارات الإسقاطية (Projective) وهذه تتضمن عرض صور أو رسوم على الطالب وملاحظة ردود افعاله وتسجيلها واعطاءه تقديرات . وفي كل هذه الاختبارات يتدخل فقط السمع والبصر .

وبعد هذه التخطيط العام نستطيع أن ننتقل إلى بعض الطوائف الخاصة لنضيف إلى ما سبق ذكره في الفصول الخاصة بها الأسس والاحتياجات العامة الواجب مراعاتها عند اختيار الاختبارات .

الاختبارات التي تطبق على الصمّ

الاحتياجات العامة :

١ - لما كان الشخص الأصم لا يسمع فان جميع الاختبارات التي تفترض سمعاً عاديّاً تعتبر غير مناسبة.

٢ - لما كان الشخص الأصم لا يصل إلى المستوى اللغوي العادي بسبب عدم السمع ، فان الاختبارات التي تتضمن تقدماً لغويّاً عاديّاً تستبعد كاختبارات الذكاء اللفظية.

٣ - واختبارات التحصيل يجب الا تستخدم لها المعايير العادية ، وأن تكون تعليماتها بحيث يستطيع أن يفهمها الطالب.

٤ - ونفس الشيْ ينطبق على اختبارات القدرات الخاصة واختبارات الشخصية ، أي أن التعليمات يجب أن تكون لغتها مفهومة ، والا اصبح الاختبار اختباراً للغة بالاضافة إلى الشيْ الأصلي الذي يقاس.

اختبارات الذكاء للصم :

وتكون اختبارات فردية ، لا تفترض شيئاً بخصوص اللغة ، ويمكن اعطاؤها بدون أي تعليمات شفهية ، وكلها من نوع اختبار كولنز ودريفر (Collins & Drever) أو بنتنر وباترسون (Pintner & Patterson) أو اختبار الازاحة لألكسندر (Alexander Pass-along) ويتكون الاختبار الأول من ثمانية انواع من المشاكل كاختبارات المكعبات والدومينو وتقدير الأوزان وتقدير الحجوم ووجه الرجل وتكميل الصور كما سبق ذكره ، وتعطى الدرجات لكل قسم من هذه الأقسام ، ومجموعها يصل إلى ١٤٨ درجة ، وهناك معايير خاصة بالعاديين واخرى خاصة بالصم. ومن الاختبارات الملائمة ايضاً هناك اختبار بورتيوس للمتاهات Porteus Maze Test وقد طبق هذا الاختبار على الصم ، ولكن لم ينشر حتى الآن تعليمات خاصة بالصم. وهذا الاختبار يختبر ناحية ضيقة جداً من السلوك ، ولذلك ينبغي اتخاذ الحذر التام في اتخاذه كمقياس لذكاء الصم. ومن الاختبارات المعروفة ايضاً اختبار «جود إنف» لرسم الرجل Goodenough Drawing a man Test ولم يكن اصلاً للصم ويجب استخدامه ايضاً بكل حذر. والاختبارات الجمعية للذكاء عند الصم ينبغي أن تبتعد عن اللغة ، والتعليمات كلها يجب أن تكون مصورة. ولو اردنا أن نستخدم المعايير الخاصة بالعاديين فينبغي أن يكون ذلك على اساس الاختبار التي تكون تعليماته بنفس الكيفية أي مصورة.

الاختبارت التحصيلية للصم :

الاختبارات التحصيلية للعاديين لا تصلح للصم نظراً للصعوبات اللغوية وعدم سير المناهج في مدارس الصم على مناهج العاديين. ولذلك يلزمهم اختبارات تحصيلية خاصة وتعليمات خاصة ومعايير خاصة. وليس منها شيْ في مصر، ويوجد في الخارج قليل، ومن امثلة ذلك النوع :

اختبارات الشخصية للصم :

Pintner Educational Survey Test, The Stanford Achievement Test.

هنا ايضاً الصعوبة هي اللغة التي تستخدم في الاستفتاء ، وليس هناك سوى اختبار واحد يصلح للصم * وهو

Brunschwig Personality Inventory for the Deaf

وهذا الاختبار خاص بالأطفال في السن المدرسي ، ويتكون من ٦٧ سؤالاً في لغة سهلة للغاية ، ويبين الاختبار تكيف الشخص بصفة عامة في البيت والمدرسة والمجتمع . وهناك معايير مئوية عملت على اساس دراسة ٧٧٠ ولداً اصم ، ٥٦٠ بنتاً صماء.

هذا هو الاستفتاء الوحيد الذي عمل خصيصاً للصم ، ولكن هناك استفتاءات اخرى خاصة بالعاديين قد طبقت على الصم بشيء من النجاح ومن هذه :

Thurstone Personality Schedule, Vineland Social-Maturity Scale

وهذه الاستفتاءات لغتها تعتبر نسبياً اسهل من غيرها .

اختبارات القدرات الخاصة للصم :

الاختبارات العادية قد امكن عمل شيء من التعديل في تعليمات بعضها حتى تصبح ملائمة للصم . ومن الاختبارات التي حدث فيها مثل هذا التعديل :

The Stanford Motor-Skills Unit, devised by Seashore & adapted by Long.
كذلك The Minnesota Mechanical Ability Tests adapted by Stanton

اختبارات لضعاف السمع

ليس هناك حتى الآن اختبارات خاصة أو تعديلات لاختبارات مقننة لكي تتناسب مع ضعاف السمع ، ويبدو أنه لا توجد حاجة ماسة لذلك. فهذه الطائفة يمكن أن يطبق عليها اختبارات العاديين واختبارات الصم ايضاً .

اختبارات للعميان

ومن الطبيعي أن أي اختبار يحتاج إلى الإبصار يصبح هنا غير صالح . وهذا يترك امامنا مجال الاختيار من بين الاختبارات الشفهية . وكذلك الاختبارات التي يمكن تحويلها إلى طريقة بريل (Braille) بالحروف البارزة . ويختلف الأعمى عن الأصم في انه يتكلم كالعاديين ، وعلى ذلك

(*) See Teacher's College Contributions to Education. No. 687, 1936.

فاللغة هنا هي المادة التي عن طريقها نقيس الذكاء . والاختبارات التي تعتمد كلية على اللمس تعتبر اختبارات مناسبة للعميان ، وان كثيراً من هذه الاختبارات قد استخدم بدلاً من الاختبارات البصرية لقياس الذكاء ، وهذا النوع من الاختبارات اللمسية عمل فقط للعميان ، وعلى ذلك فالمعايير هنا خاصة بالعميان.

وعلى وجه العموم ، تعتبر التعديلات المطلوبة في الاختبارات العادية لكي تناسب العميان تعديلات أقل نسبياً من تلك التي تلزم في حالة الصم . ومن الطبيعي أن الاختبارات التي تلجأ للقراءة بطريقة بريل يدخل في تقديرها حساب الوقت بسبب بطء القراءة بهذه الطريقة اذا ما قورنت بسرعة القراءة العادية ، وعادة يكون الوقت اللازم ثلاثة أو اربعة اضعاف الوقت العادي .

اختبارات الذكاء للعميان :

يوجد تعديل في اختبار استنفرد بينيه قام به (Samuel Hayes) عام ١٩٤٢ وهذا الاختبار هو الاختبار المقنن للعميان والمعروف جيداً . وهو كما ذكرنا تعديل للاختبار المعروف فاستبدل ١٢ سؤالاً مما لا تصلح للعميان بأخرى مناسبة . وفيما عدا ذلك ، فجميع الأسئلة تعتبر صالحة .

ومن الاختبارات المستخدمة هنا ايضاً اختبار وكسلر بلليفيو (Wechsler-Bellevue) وهناك اختباران آخران أقل انتشاراً مما ذكرنا وهما The Yerkes-Bridges Point Scale & The I.J.R. Intelligence Test for the Visually Handicapped.

واختبارات الذكاء الجمعية للعميان تكون مكتوبة عادة بطريقة بريل ، وعلى ذلك فهي غالية الثمن ، ولا يسهل تداولها. وهذا يعلل عدم وجود اختبارات كافية من هذا النوع .

والصعوبة الأخرى هي أن المصحح لا بد وأن يعرف طريقة « بريل » أو على الأقل تترجم له اجابات بريل ومن امثلة هذه الاختبارات الجمعية

The Kuhlmann-Anderson Intelligence Test
The Otis-Classification Test
The Pressy Mental Survey or "cross-out" tests.

اختبارات التحصيل للعميان :

التعديل هنا سهل ، فكثير من الاختبارات العادية يمكن تحويلها الى بريل مع تعديلات

(١) See Hayes, S.P.: *"Practical Hints for Testers"*. Teachers Forum, XI (1938-39), 82-93.

طفيفة . والاجابات يكتبها الطلبة ببريل أو على الآلة الكاتبة . وبعض الاختبارات يمكن اجراؤها شفهياً. وفي جميع الاختبارات ببريل يزاد الوقت كما ذكرنا إلى ثلاثة اضعاف.

ومن هذه الاختبارات عدد كبير في اللغة (الانجليزية) والقراءة واللاتيني والاسباني والفرنسي والمعلومات العامة والحساب والرياضيات
The Stanford Achievement Test, adapted for use with the blind by Hayes

وليس منها شئ في مصر.

اختبارات الشخصية للعميان :

هناك اختبار واحد صمم خصيصاً للعميان الكبار وهو
The Emotional Factors Inventory by Mary K. Bamman

ومن اختبارات الشخصية التي امكن تعديلها لتناسب العميان اختبار ثرستون (Thurstone Personality Inventory) وهو اختبار عام للثبات الانفعالي واستخدمه براون للعميان. ومن اختبارات الميول التي كتبت ببريل، اختبار كودر
The Kuder Preference Record for Vocational Interests

اختبارات القدرات الخاصة للعميان :

ومن هذه اختبار معدل للعميان وهو اختبار القدرة الموسيقية لسيشور (Seashore Measures of Musical Talent) وهو اختبار جمعي اصلاً ولكن يستخدم فردياً مع العميان وكذلك اختبار مينوسوتا (Minnesota Rate of Manipulation) واختبار بنسلفانيا في القدرة اليدوية.

اختبارات لضعاف البصر

وضعت اختبارات قليلة جداً لضعاف البصر والاختبارات التي استخدمت هي تلك الاختبارات التي تستخدم مع العاديين مثل اختبار ستانفورد بينيه وما شاكله . والتعديلات المطلوبة تتلخص في اعادة الكتابة والطبع بحروف من الحجم الكبير، وكذلك ينبغي اطالة الوقت المحدد لأن قراءة الحروف الكبيرة تأخذ وقتاً اطول، وقد تم طبع هذه الاختبارات بهذه الحروف الكبيرة، ولكن بكميات قليلة جداً.

اختبارات للمقعدين

ان نواحي القصور عند هذه الفئة نواح عديدة بحيث يستحيل التعميم ، فبعضهم يمكن أن يأخذ اختبار بينيه ، وبعضهم يستطيع الكتابة جيداً ، فيمكن تطبيق الاختبارات التحريرية العادية سواء للذكاء أو للتحصيل ، ولكن الكثيرين لا يمكنهم الكتابة . وبعضهم عندهم قصور في نواحي النطق فيصعب عليهم الردود الشفهية أو ربما يستحيل . والبعض عنده قصور في الحركات العضلية (Muscular movement) لدرجة أن جميع الاختبارات العملية (Performance Tests) تستبعد واحياناً يستبعد إلى جانب ذلك جميع الاختبارات التحريرية . وحتى اليوم ، لم تحدث أي محاولات لعمل تعديلات مناسبة للاختبارات المقننة لصالح هذه الفئة من ذوي العاهات ، الا اننا نتوقع أن يقبل بعض الباحثين على هذا الميدان قريباً ان شاء الله .



(شكل ٢٠)
بتر الذراع الأيسر وبتر الساق اليسرى
لا يمنعانه من مزاولة مهنة حياكة الملابس

الخلاصة

نستطيع أن نقول اذن ان عندنا الآن عدداً لا بأس به من الاختبارات السيكولوجية للصم والعميان. وقليلاً جداً من الاختبارات لضعاف السمع ولضعاف البصر، ور بما كان السبب في ذلك راجعاً إلى أن هؤلاء ليسوا في حاجة إلى اختبارات تختلف كثيراً عن الاختبارات الخاصة بالعاديين

وأخيراً ذكرنا أنه ليس هناك اطلاقاً اختبارات خاصة بالمقعدين.

ونود أن نؤكد في الختام أن هذا الميدان البكر، ما يزال في حاجة ماسة إلى البحث العلمي الدقيق والله ولي التوفيق...

المراجع

1. Brigham, C.C. *"The Scholastic Aptitude Test for the Blind"*. Sch. & Soc., L.I. (1940), 91-96.
2. Brunschwig, L.: *"A Study of Some Personality Aspects of Deaf Children"*. Columbia T.C. Contribs to Educ., No. 687, 1936.
3. Davidson, M., and A.W. Brown.: *"The Development and Standardisation of the I.J.R. Test for the Visually Handicapped"*. J. Appl. Psy., XXIII. (1939), 229-39.
4. Fortner, E.N.: *"A Group Intelligence Test in Braille"*. Teachers Forum (Blind) XI, (1939), 53-56.
5. Hayes, S.P.: *"Terman's Condensed Guide for the Stanford Revision for the Blind"*. (Perkins Inst. for the Blind) Mass, 1930.
6. Merry, R.V.: *"Adapting the Seashore Musical Talent Tests for Use with the Blind Pupils"*, Teachers Forum (Blind) III, (1930-31), 15-19.
7. Pintner, R., *"A Group Intelligence Test Suitable for Younger Deaf Children"*. J. Ed. Psy., XXII (1931), 360-3.
8. Pintner, R. & L. Brunschwig.: *"An Adjustment Inventory for Use in Schools for the Deaf"*. Am. Annals of the Deaf, LXXXII (1937), 152-67.
9. Pintner, R., I.S. Fusfeld, and L. Brunschwig, *"Personality Tests of Deaf Adults"*, J. Genet. Psy., L.I. (1937), 305-25.
10. Stanton, M.B.: *"Mechanical Ability of Deaf Children"*. T.C. Contribs to Ed., No. 751. Columb., 1938.

خاتمة

حاولنا أن نعرض في هذه الصفحات القليلة صوراً تمثل حالة آلاف الأفراد في هذا المجتمع ممن حرموا بعض الحقوق والمزايا التي يتمتع بها الأصحاء. وتبين لنا أن هؤلاء الأفراد يكونون قوة هائلة اذا احسن فهمها وتوجيهها توجيهاً مناسباً يقوم على أسس متينة، ولا يكفي أن يفهمهم المختصون الفنيون في مكاتب التأهيل المهني وحدهم، بل لا بد من العمل على اثارة الوعي العام، حتى يستطيع المجتمع أن يقدر حالة هؤلاء الأفراد تقديراً مناسباً، وأن ينظر اليهم النظرة الملائمة. ويعمل على مساعدتهم على الاندماج فيه دون تمييز أو تفرقة في هذا المجتمع الاشتراكي التي تبذل فيه كافة الجهود لتذويب الفوارق.

ولو ادرك كل منا انه معرض للاصابة في أي لحظة مهما اتخذ من احتياطات في العمل واثناء العمل واثناء عبور الطرقات واثناء قيادة سيارته وفي غير ذلك، وان هذا ينطبق على زملائه واصدقائه واقاربه، فانه لا ريب يستنكر أي اتجاه مضاد للمجتمع ازاء الشخص المصاب.

اذا كان الأمر كذلك، فما معنى أن تصل الحالة إلى درجة التخلص من العمال أو الموظفين بسبب اصابتهم بعاهات لا دخل لها بحسن سير الأعمال التي يؤدونها؟ والأسوأ من ذلك هو التخلص من عمال اصيبوا بسبب العمل واثناء العمل!!

نحن في حاجة إلى تشريعات لحماية هؤلاء الأفراد، وفي حاجة إلى أن نتعاون جميعاً، الأطباء منا والاجتماعيون والنفسيون وأصحاب الأعمال ورجال المال لكي نكسب هذه الفئة. وعلينا أن نعمل على أن نمدهم بأطراف صناعية ملائمة، واجهزة طبية مفيدة، وبكل ما نستطيع من معدات تعوضهم عما فقدوه، وأن ندربهم على استخدام هذه الأطراف وتلك الاجهزة. كل هذا بشرط هام، وهو أن نحتفظ لهم بكرامتهم كاملة، وألا نشجع البعض منهم على التواكل، وأن نقدر الحالة النفسية لكل فرد منهم حق قدرها، على اساس ما ذكرناه من الدراسات السيكولوجية التي يجب أن توضع ضمن اطار يمثل الحالة الفردية، والظروف الاجتماعية التي تحيط بالفرد.

ونود هنا أن نذكر أن كثيراً من الحالات تتحسن كثيراً اذا عولجت عن طريق العمل، ويهمنا كذلك أن نوجه كل فرد إلى نوع العمل الذي يستطيع تأديته أفضل من أي نوع آخر. وذلك عن طريق اكتشاف قدراته الموجبة، واتباع الأساليب العلمية الصحيحة للتوجيه المهني كما اشرنا اليها في الباب الثالث.

يهمنا أن نوجه إلى السوق الحرة عمالاً وموظفين يستطيعون الوقوف جنباً إلى جنب مع سليمي البنية في حلبة التنافس. والواقع أننا في حاجة إلى أن نوجههم إلى اماكن يستطيعون فيها أن يبزوا زملاءهم. وهذا ممكن لو تذكرنا أن كثيرين من الأصحاب لم يوجهوا على اساس دراسة قدراتهم، بل ان الصدفة تحكمت في توجيه حالات كثيرة منهم.

اذا ضمنا ذلك، اصبح في الأمكان أن نطالب لهذه الفئة بنفس فئات الأجور، ونفس فرص الترقي المفتوحة امام الاصحاء.

ولا يفوتني في هذا المقام – أن أشير إلى ضرورة العناية بمن يصاب من الأطفال الصغار، وذلك بأن تيسر امامهم سبل التعليم في المدارس وأن تفتح الفصول الخاصة للحالات المحتاجة اليها، وعلى أن يفسح المجال لكل فرد حسب امكانياته.

كل ما ذكرت حتى الآن خاص بعلاج الحالة التي نحن بصددها، وأود أن اختتم بالدعوة إلى بذل الجهود في النواحي الوقائية حتى تقل الحوادث والاصابات إلى أقل حد ممكن والله الموفق.